

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Sapétrière, membre de l'Académie de Médecine.

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



HUITIÈME SÉRIE — TOME VINGTIÈME

SOIXANTE-DEUXIÈME ANNÉE

90152

PARIS
MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1904

251A7A

2101301003789-00107M

2000-01-01

2000-01-01

2000-01-01

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ÉLOGE

DU

D^R L. LUNIER



LU A LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, DU 30 MAI 1904

Par le D^r Ant. RITTI

Secrétaire général de la Société.

MESSIEURS,

L'application de la statistique à l'étude de la médecine mentale date du jour où notre spécialité, abandonnant les généralités vagues, entra résolument dans la voie de l'observation clinique. Sur ce point, comme sur tant d'autres, Pinel fut l'initiateur.

On ne suit pas sans intérêt dans son œuvre si riche et d'une si scrupuleuse probité l'évolution progressive de la pensée de l'illustre réformateur sur cette question de la méthode numérique : essais timides d'abord dans

quelques-uns de ses mémoires communiqués à la Société médicale d'émulation, ainsi que dans la première édition de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, ce genre de recherches prend, avec le temps, une extension de plus en plus grande. Et, de fait, au fur et à mesure que le célèbre clinicien accumule les observations, il applique ce procédé d'investigation à un plus grand nombre de problèmes, comme le prouvent la seconde édition de son immortel ouvrage et, aussi, son mémoire si remarquable présenté, en 1807, à l'Institut, et dans lequel se trouve établie la nécessité de construire des tables pour servir à déterminer le degré de probabilité de la guérison des aliénés.

Fidèles à l'enseignement du maître, les disciples de Pinel suivirent non sans succès la voie ainsi préparée. Esquirol, le plus célèbre et le plus aimé de tous, s'attacha à élucider les questions si délicates que soulève l'étude des causes de la folie. Des nombreux relevés statistiques faits dans ses services de la Salpêtrière et de la Maison de Charenton, ou dans sa maison de santé privée, il sut tirer quelques vérités utiles, quelques principes généraux que le temps a confirmés. Ses nombreux élèves, dont il se plaisait à stimuler le zèle, se portèrent à l'envi vers ce genre de recherches ; quelques-uns même — Baillarger et Moreau (de Tours) entre autres — furent assez heureux pour résoudre, du moins par certains côtés, le problème si complexe de l'hérédité des maladies mentales. De tels travaux ne suffisaient-ils pas à démontrer l'utilité d'un mode d'investigation dont il est de bon ton de médire ?

La méthode numérique devait recevoir une consécration en quelque sorte officielle. Les pouvoirs publics rendirent obligatoire pour tout médecin en chef d'asile un rapport médical annuel, ayant pour but de présenter une image aussi fidèle que possible de la vie clinique de

son service. Mais comment résumer les faits multiples de l'année, concernant le mouvement de la population, la proportionnalité des sexes, la fréquence des guérisons, des décès, etc., si ce n'est en établissant des tableaux statistiques d'une scrupuleuse exactitude? C'est ainsi que, depuis plus d'un demi-siècle, s'est écrite, année par année, l'histoire médicale de tous nos établissements d'aliénés. De là, une accumulation de documents qui, chacun pris à part, ont sans doute leur intérêt, mais qui, certes, acquerraient une valeur plus grande encore s'ils étaient réunis, groupés, comparés entre eux; si, en un mot, ils étaient centralisés pour devenir l'objet d'une étude méthodique et raisonnée.

Telle fut la pensée de Baillarger. Dans sa lettre bien connue à Renaudin, ce maître vénéré, tout en reconnaissant la grande utilité de ces recherches statistiques, en faisait ressortir la stérilité par suite de leur isolement, « et par l'absence d'un lien uniforme qui les relie et permette de les comparer ». A ce mal il ne voyait de remède que « dans les travaux entrepris en commun et sur des bases uniformes par une association de médecins ».

Cette association de médecins s'est constituée; elle est devenue notre Société médico-psychologique. Mais depuis plus d'un demi-siècle d'existence, elle eut bien d'autres soucis que cette question de la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales; encore moins a-t-elle pu centraliser les rapports médicaux annuels des asiles pour les compiler, les comparer et en tirer des enseignements utiles.

On ne saurait lui en vouloir : une pareille tâche, si elle n'est au-dessus ni de ses forces ni de sa compétence, ne semble pas tomber sous sa juridiction. Elle n'a aucun droit d'exiger la communication de documents administratifs, même dans un intérêt supérieur, celui de la science.

Nos voisins d'Outre-Manche, avec ce grand sens pratique qui les caractérise, ont su résoudre la difficulté. On sait qu'il existe dans chacune des parties du Royaume-Uni un comité général de ce qu'ils appellent les « *Commissionners in Lunacy* ». Ces divers comités sont obligés, de par la loi et les règlements, de publier chaque année un rapport détaillé sur l'ensemble des aliénés de leur ressort, qu'ils soient traités à domicile, ou soignés dans les établissements spéciaux, publics ou privés.

Avec quel soin et quelle méthode, avec quelle connaissance approfondie du sujet et quel souci du bien des aliénés ces rapports sont rédigés, il sera facile de s'en convaincre à qui voudra bien consulter ces « livres bleus », d'une si exacte périodicité, tout hérissés de chiffres, de tableaux statistiques, mais si substantiels, et qui font penser. Rendons un hommage, à tous égards mérité, aux confrères distingués qui, par ce travail ingrat mais utile, élèvent un véritable monument à l'histoire de l'aliénation mentale de leur pays. Exprisons en même temps le regret que pareille besogne ne soit pas accomplie en France. Une longue série de documents analogues à ceux qui se publient annuellement en Angleterre nous rendrait de grands services; les esprits réfléchis y trouveraient des sujets de méditation sur des points très importants de notre spécialité.

Et cependant nous possédons un modèle du genre, le *Rapport général sur le service des aliénés en 1874*, par les inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumesnil. Cet ouvrage remarquable semblait devoir être le premier volume d'une série; malheureusement, il est resté unique, mais n'en conserve pas moins à nos yeux une valeur intrinsèque incontestable et incontestée. Tous les médecins aliénistes connaissent, pour l'avoir maintes fois consulté, ce grand in-folio où se trouve retracé le

tableau le plus exact et le plus vivant de l'aliénation mentale en France, à l'époque où il fut mis sous presse. Page d'histoire d'une rare éloquence, et vraiment écrite « de bonne foy », qui jamais ne perdra de son autorité, quels que soient les progrès, les transformations, apportés par le temps au service des aliénés.

Dans ce travail de longue haleine, il est impossible de faire la part de chacun des trois collaborateurs, tant est intime la fusion de leur esprit. Néanmoins, il n'est pas aventureux d'affirmer que Lunier s'occupa spécialement de la partie statistique, si riche et si suggestive. Ses collègues avaient raison de se fier à son expérience sur la matière; la méthode numérique n'avait pas de secrets pour lui; il était passé maître en l'art de grouper les chiffres, de leur faire dire ce qu'ils contiennent sans les solliciter, sans en exagérer la portée.

Quels que soient ses mérites comme statisticien — et ils sont grands — Lunier possède d'autres titres, et non des moindres, qui le rappellent à notre mémoire. Clinicien sagace et expérimenté, administrateur habile et avisé, il est peu de problèmes que soulève l'étude de la folie qu'il n'ait abordés, souvent avec succès. Par ses travaux scientifiques, par les services rendus, par la dignité de sa vie, il appartient à cette grande et belle lignée de médecins aliénistes qui, marchant sur les nobles traces des Pinel et des Esquirol, sont l'honneur et la gloire du XIX^e siècle.

Ludger-Jules-Joseph Lunier naquit le 19 mars 1822, à Sorigny, petit village de cette délicieuse Touraine, qui fut le berceau de nombreuses illustrations en médecine mentale. Sa mère, sœur aînée de Baillarger, donna le jour à huit enfants, sept filles et un garçon; je vous laisse à penser combien fut choyé ce dernier par ses sœurs plus âgées. Son père, comme beaucoup de ses

contemporains, fut victime des vicissitudes de la politique. Percepteur au Louroux au moment de la chute de l'Empire, il fut révoqué par le gouvernement de Louis XVIII à cause de ses opinions libérales. Sans fortune et chef d'une nombreuse famille, il ne perdit pas son temps en vaines récriminations contre le sort ; il se mit à la recherche d'un gagne-pain immédiat et fut assez heureux de le trouver. Il vint s'installer à Sorigny et prit la direction de l'hôtel du Lion-d'Or, auquel étaient annexées la correspondance des postes et messageries, ainsi qu'une exploitation rurale non sans importance. Avec de l'ordre et de l'activité, c'était sinon la fortune, du moins l'aisance, avec la facilité d'attendre des jours meilleurs : ces jours ne devaient venir qu'en 1830. Le gouvernement de juillet, tenant à honneur de réparer les dénis de justice de son prédécesseur, réintégra Lunier père dans l'administration des finances ; il obtint ainsi successivement la perception de Mauthelan, puis celle de Montbazou qu'il ne quitta que pour prendre sa retraite.

L'éducation du jeune Ludger n'eut heureusement pas à souffrir de ces changements. Comme tous les gamins du village, il apprit à lire et à écrire à l'école communale ; mais dès ces préliminaires acquis — et cela ne tarda guère — il fut confié à l'ancien précepteur de son oncle Baillarger, au « père Colombus », chargé de lui enseigner les premières notions de la langue latine. Ce père Colombus, plus passionné pour l'apiculture que pour le rudiment, s'intéressait moins à ses élèves qu'à ses abeilles. Il en résultait pour les premiers une liberté dont ils ne manquaient pas d'user, même d'abuser.

Avec un tel maître, le petit Ludger, s'il ne se familiarisa pas avec les mille difficultés de la syntaxe, vécut du moins au grand air, avantage inappréciable pour un enfant en plein développement, que l'internat guet-

taît, avec sa vie sérieuse et cloîtrée, où rien n'est laissé à la fantaisie individuelle, tout y étant soumis à une stricte réglementation. Cette vie, il la commença à l'âge de onze ans. Placé d'abord, à Tours, dans une modeste pension tenue par un M. Chevalier, les rapides progrès qu'il fit nécessitèrent son entrée au collège royal. Il y fut un élève très brillant; la meilleure preuve en est le palmarès de la distribution des prix du 14 août 1838. Le jeune Lunier était en troisième; il remporta tous les premiers prix de sa classe, depuis celui d'excellence jusqu'à celui de langue anglaise, en passant par ceux de vers latins, de thème grec, d'histoire, de mathématique et d'histoire naturelle. C'était plus qu'un succès, un triomphe; et ce triomphe devait avoir sur son avenir une heureuse influence.

Parmi les nombreux assistants à cette solennité se trouvait un professeur de l'Institution Massin, un de ces établissements de Paris où se cultivent en serre-chaude des sujets spécialement choisis pour en faire des lauréats du concours général et des candidats aux grandes écoles publiques. Ce nom si souvent acclamé de Lunier le frappa, et il vit en ce jeune lauréat une recrue excellente pour l'établissement auquel il était attaché. Des propositions très séduisantes furent faites au père qui, n'écoutant que l'intérêt de son fils, n'hésita pas longtemps à les accepter. C'est ainsi que Lunier devint pensionnaire de l'Institution Massin et suivit les cours du collège Charlemagne.

Dans ce nouveau milieu, il resta ce qu'il avait été à Tours : un élève studieux et zélé, d'une grande vivacité d'esprit, presque toujours à la tête de sa classe, rapportant chaque année une belle brassée de couronnes. Avec de telles qualités, les examens du double baccalauréat ne furent qu'un jeu pour lui.

Pour le jeune homme qui vient de conquérir ses deux

diplômes, le difficile n'est pas toujours de trouver une carrière, mais de la choisir conforme à ses goûts et à ses aptitudes. De là, souvent, des hésitations cruelles, des tentatives malheureuses et d'irréparables pertes de temps.

Lunier ne connut pas cette phase d'indécision. Depuis longtemps il avait son siège fait : il voulait être médecin. Les goûts et les aptitudes pesèrent sans doute d'un grand poids dans cette détermination ; mais l'exemple de l'oncle et ses conseils durent avoir aussi leur part d'influence.

Baillarger, qui avait le culte de la famille et un sens exquis des devoirs envers les siens, ne se contenta pas d'approuver les projets de son neveu ; il l'aida, par tous les moyens en son pouvoir, à les réaliser. Pour mieux le guider dans ses études nouvelles, il voulut l'avoir tout près de lui : il lui donna une place à son foyer, à l'hospice de la Salpêtrière, à côté d'un autre de ses neveux, Boille, qui étudiait la pharmacie.

Le vivre et le couvert ainsi assurés, Lunier put donner libre cours à son désir de s'instruire ; il travailla avec un tel acharnement qu'il se trouva en mesure de se présenter à l'internat des hôpitaux dès le concours de 1844 : il n'avait pas encore vingt-trois ans. Il fut reçu le vingt-et-unième sur trente-huit. Parmi ses camarades de promotion on trouve le nom de Broca, l'illustre promoteur de l'anthropologie, ceux de Fano, de Gubler, de Hervieux, d'autres encore qui acquirent par leurs travaux en médecine une juste notoriété.

Notre jeune interne ne vit dans son succès qu'un moyen plus efficace d'acquérir de plus amples connaissances en approchant de plus près les maîtres illustres qui les dispensaient. Il pratiqua ainsi la chirurgie avec Roux et Denonvilliers, étudia la syphilis chez Ricord, se perfectionna dans la clinique médicale auprès de

Trousseau, de Bricheteau. Quant à la médecine mentale, il l'apprit pour ainsi dire en se jouant, dans les entretiens familiers de tous les jours avec son oncle. Baillarger ne se contentait pas de cet enseignement purement théorique ; il s'appliquait à le compléter en menant son neveu dans son service où il lui montrait sur le vif ces distinctions parfois subtiles que la parole est impuissante à faire ressortir. On sait le remarquable clinicien que fut notre vénéré maître ; on se pressait à ses leçons ; il fit école et parmi les nombreux élèves qu'il forma, Lunier fut certes un des plus distingués.

Il en fut aussi un des plus actifs et des plus laborieux. Baillarger qui, en 1843, avait fondé les *Annales médico-psychologiques*, se l'adjoignit dès l'année suivante comme collaborateur. Lunier, très fier de cette confiance, donna à la tâche imposée tous ses moments disponibles. Lisant couramment plusieurs langues, il analysa les travaux sur la pathologie mentale, publiés dans les revues et journaux étrangers ; il traduisit de l'allemand, en le résumant, un excellent mémoire du professeur Sebastian, de Heidelberg, sur la mélancolie et sur la manie, suites de fièvres intermittentes ; puis, plus tard, il nous fit connaître, en le traduisant de l'italien, un curieux article d'Andrea Verga sur l'alimentation des aliénés et les inconvénients de l'alimentation forcée.

Tous ces travaux d'analyses et de traductions sont des exercices très salutaires : en développant nos connaissances, ils permettent de comparer nos productions scientifiques à celles de l'étranger ; par l'habitude de résumer les idées d'autrui, ils nous accoutument à mieux condenser et préciser nos propres pensées. Lunier tira le plus grand profit de ce long apprentissage scientifique et littéraire. On le vit bien lorsque, voulant

essayer ses forces, il publia des mémoires originaux d'une certaine étendue.

Le premier en date a pour titre : « Recherches sur la paralysie générale progressive, pour servir à l'histoire de cette maladie ». Ce travail, inspiré par Baillarger, contient les premiers linéaments de la théorie bien connue de notre vénéré maître, sur la dualité de la paralysie générale. Avec une méthode et une clarté parfaites, à l'aide de documents cliniques pris avec soin, Lunier s'applique à démontrer que « la paralysie générale est une maladie spéciale, indépendante de la folie, et dans laquelle les lésions de la motilité apparaissent avant toutes les autres ». Et en faveur de cette thèse il fournit d'intéressantes observations de paralytiques sans délire, — faits nouveaux à l'époque, — puis d'autres chez lesquelles il n'a pas de peine à montrer que les altérations des facultés intellectuelles « ne méritent pas généralement le nom d'aliénation mentale, mais consistent tout simplement en une diminution ou une abolition, ou, si l'on veut, une paralysie complète ou incomplète de ces facultés, comparable à la paralysie de la motilité et de la sensibilité ».

Ce n'est pas le lieu d'entrer dans cette grande et difficile question de la théorie de la paralysie générale : elle a déjà suscité de longs et importants débats ; elle en suscitera d'autres qui, nous apportant de nouvelles lumières, nous approcheront de plus en plus de la vérité. Mais ce qu'il importe de relever, ce sont quelques affirmations, émises, pour ainsi dire, comme en passant, qui semblent n'avoir été acceptées d'abord qu'avec une grande réserve, pour lesquelles l'avenir s'est chargé de trouver des preuves. Ainsi les partisans de la paralysie générale juvénile peuvent considérer Lunier comme un précurseur, puisque, dès 1849, il écrivait : « Je dois dire

« que je crois la paralysie générale moins rare de
« quinze à trente ans, que ne le pensent la plupart des
« aliénistes. » De même pour l'épilepsie comme cause
de la paralysie générale, il en affirme la fréquence en
se basant sur la physiologie pathologique ; les faits sont
venus ultérieurement confirmer cette hypothèse.

Ce mémoire fut très goûté. Remanié, refondu et plus
développé, il servit de thèse inaugurale. Elle fut sou-
tenue le 11 juillet 1849, et obtint de ses juges les suf-
frages les plus flatteurs.

On connaît les abominables exploits du sergent Ber-
trand, qui terrorisèrent Paris et la banlieue pendant
plusieurs années, de 1847 à 1849, sans qu'il fût pos-
sible de mettre la main sur le coupable. Ce monstrueux
violateur de tombes opérait, à intervalles irréguliers,
dans les cimetières d'Ivry, de Montparnasse, du Père-
La-Chaise, dans d'autres encore. La police était littéra-
lement sur les dents : ni la surveillance la plus stricte,
ni les chiens de garde les mieux dressés, encore moins
« une machine infernale qui devait faire explosion au
« moindre effort », rien ne put faire découvrir l'auteur
de ces odieuses profanations : c'est au hasard seul qu'on
dut son arrestation.

Traduit en conseil de guerre, le sergent Bertrand,
malgré une déposition remarquable du D^r Marchal (de
Calvi), concluant à la folie, fut, à l'unanimité, déclaré
coupable de violations de sépultures et condamné à un
an de prison, *maximum* porté par l'article 360 du Code
pénal. Les juges, comme on ne l'a vu que trop souvent,
réfusaient un avis médical motivé, préférant s'en rap-
porter aux assertions du commissaire du gouvernement
qui, du haut de son incompétence, affirmait que l'accusé
lui paraissait « avoir agi avec une pleine et entière
« liberté de toutes ses facultés intellectuelles ».

Cette affaire — on le conçoit aisément — passionna

au plus haut degré l'opinion publique : elle n'intéressa pas moins les médecins aliénistes. Le cas du sergent Bertrand n'est certes pas un fait unique ; mais, à cause même de sa singularité, il méritait d'être étudié à la lueur de la psychologie morbide. C'est la tâche qu'entreprit Lunier, et dont il s'acquitta à son honneur.

Pour résoudre ce délicat problème de médecine légale, notre jeune docteur s'entoura de tous les renseignements utiles : il lut attentivement tous les faits exposés devant le conseil de guerre et les diverses interprétations qui en furent données ; il visita Bertrand, l'interrogea longuement, sans idée préconçue, et eut ainsi connaissance de faits que les débats n'avaient point révélés. Cette riche documentation lui permit de mettre à néant les conclusions plus qu'excessives du commissaire du gouvernement. En se tenant sur le terrain solide de la clinique, il démontra que les actes abominables du sergent Bertrand étaient le produit non « d'une pleine « et entière liberté de toutes les facultés intellec-
« tuelles », mais d'un trouble profond de ces mêmes facultés ; qu'il existait chez lui une aliénation mentale, d'origine héréditaire, caractérisée surtout par de fréquentes périodes de tristesse et par des accès paroxysmiques pendant lesquels il « déterrait et mutilait les « cadavres » ; qu'en un mot, il était atteint d'une sorte de délire partiel avec perversion génésique ou, pour employer la terminologie de l'époque, de monomanie instinctive.

Monomanie à part, ce diagnostic raisonné et motivé ne trouverait aujourd'hui aucun contradicteur. Il n'en aurait certainement pas trouvé, en 1849, si, comme le fait observer Lunier, on avait renvoyé « l'accusé à l'exa-
« men de médecins spéciaux, les seuls compétents en « pareille matière ». « Le ministère public, ajoute « notre confrère, eût pris sans doute cette détermina-

« tion, si Bertrand n'eût point été militaire, et eût com-
« paru devant un tribunal ordinaire. » Les temps sont
changés. Les conseils de guerre, comme la juridiction
civile, n'hésitent plus à faire appel aux lumières de la
médecine légale, et, dans l'immense majorité des cas,
conforment leurs jugements à ses avis compétents.

Lunier n'avait que vingt-sept ans, lorsqu'il écrivit
cet excellent mémoire. On fut très frappé de tant de
savoir uni à un sens profond de la réalité chez un si
jeune homme. Tous ceux qui le connaissaient et avaient
lu ses premiers travaux, lui prédirent un brillant avenir :
il ne devait pas tromper leurs espérances.

« Pour chacun de nous, dit quelque part Chateau-
« briand, il est un moment critique ; bien ou mal choisi,
« il décide de notre avenir. » Le moment critique
n'était pas encore venu pour Lunier. A peine reçu doc-
teur, il entra comme médecin-adjoint à l'établissement
Esquirol, d'Ivry-sur-Seine, dirigé par Baillarger et
Moreau (de Tours). La vie matérielle largement assurée,
il put donner libre cours à son ardeur pour le travail ;
ses connaissances cliniques prirent plus de précision
au milieu de malades qu'il voyait à tous les instants du
jour ; sa collaboration assidue aux *Annales*, en l'obli-
geant à de nombreuses lectures de travaux français et
étrangers, donna à son érudition plus d'étendue et de
solidité. Mais, nature richement douée au point de vue
de l'activité et de l'initiative, il se sentit bientôt à l'étroit
dans cette existence quelque peu monotone de la mai-
son de santé privée. Son « moment critique » était
arrivé. De quel côté prendre l'essor ? Il fixe les yeux
autour de lui, se renseigne et apprend que la place
de médecin en chef de l'asile de Niort est vacante.
Quoi qu'ayant à peine vingt-neuf ans, il ose poser sa
candidature. Ses titres scientifiques, des plus sérieux
du reste, la firent accueillir avec faveur : il fut nommé

le 24 avril 1851, aux appointements de deux mille francs.

Lorsque Lunier vint occuper son poste, il trouva le service des aliénés du département des Deux-Sèvres en pleine transformation. Ces infortunés malades étaient, depuis 1839, relégués dans un des quartiers — et non le mieux aménagé — de l'hôpital-hospice de Niort. Cette installation, quelque peu sommaire, ne tarda pas à devenir insuffisante ; il fallut y ajouter des annexes. Mais des bâtiments ainsi élevés au hasard des besoins, sans plan et sans méthode, ne peuvent constituer un édifice approprié à un but nettement déterminé. Le jour vint, cependant, où l'encombrement fut tel, qu'on dut songer à remplacer cet amas de constructions informes par un véritable asile.

Décidé en principe dès 1849, ce nouvel établissement fut construit d'après un plan dressé par Philippon, sur les indications de Parchappe. Commencé en mai 1853, il put être inauguré dans le courant de l'année 1855.

Lunier n'eut à intervenir ni dans l'élaboration ni dans la mise à exécution de projets qui avaient été préparés en dehors de lui. Heureux d'avoir un service, il le prit tel qu'il était, attendant des jours meilleurs ; en esprit avisé, il sut en tirer un parti excellent pour la science et pour sa propre réputation.

En examinant attentivement le crâne de ses malades, il remarqua une déformation qui, chez le plus grand nombre, offrait une certaine analogie : d'ordinaire le front était aplati, la tête allongée ; parfois même on constatait une dépression transversale se prolongeant sur les parties latérales. Était-ce là un vice de conformation congénital ? On eût pu le croire au premier abord ; mais, renseignements pris, Lunier lui assigna sa véritable cause. De temps immémorial, dans la plus grande partie du département des Deux-Sèvres, existait l'usage fâcheux « d'entourer la tête des nouveau-nés d'un

« bandeau qui, de la partie supérieure du front ou de la
« fontanelle antérieure, se dirigeait en bas et en arrière
« en passant par-dessus le pavillon de l'oreille et au-
« dessous de la protubérance occipitale externe ; puis
« les deux chefs ramenés en avant étaient fixés par un
« nœud sur le sommet de la tête ».

On comprend aisément ce qu'une telle compression, maintenue pendant plusieurs mois, pouvait produire sur la calotte du crâne, non encore ossifiée et par suite essentiellement malléable. Que de telles manœuvres, systématiquement employées, produisent des résultats dont l'esthétique ait à gémir, cela n'est pas douteux ; mais elles en produisent de plus graves par l'empêchement qu'elles mettent au développement normal du cerveau. La superstitieuse ignorance qui soumettait à une torture aussi barbare des enfants à la mamelle, les vouait fatalement à l'idiotie, à l'imbécillité, à l'épilepsie. C'est ce que prouve victorieusement Lunier dans la statistique consignée dans son célèbre mémoire où l'anthropologie et la pathologie mentale trouvent à puiser d'utiles enseignements.

Le 4 mai 1852, notre confrère vint lire à l'Académie de Médecine un travail, d'un grand intérêt clinique et thérapeutique, sur l'emploi de la médication bromo-iodurée dans le traitement de l'aliénation mentale et de la paralysie générale progressive. Il débute par une déclaration de principes ; se mettant en opposition avec les tendances psychologiques trop exclusives de l'époque, il cherche à démontrer par un exemple, combien féconds peuvent être les enseignements de l'école somatique s'ils sont appliqués par un esprit judicieux et méthodique.

Parmi les phénomènes morbides d'ordre organique qui semblent l'accompagnement naturel de presque toutes les aliénations mentales, depuis, et même avant,

l'explosion du délire, jusqu'à sa complète disparition, il n'en est pas de plus important que le désordre des fonctions digestives et assimilatrices. Ces phénomènes morbides constatés, l'indication thérapeutique s'offre d'elle-même au médecin : trouver le moyen le meilleur pour favoriser le rétablissement des fonctions lésées.

Le problème ainsi posé paraîtra sans doute très simple, et sa solution des plus aisées ; mais il existe bien quelques difficultés dans la pratique. Ces difficultés, il appartient à l'expérience, sinon de les lever, du moins de les faire connaître. A ce point de vue, des travaux, comme celui de Lunier, s'ils ne résolvent pas définitivement une question, la posent plus clairement ; ils nous apprennent en même temps que le traitement des maladies mentales peut trouver, et trouvera certainement, des bases solides, qui lui donneront plus de certitude. Nous sommes loin encore de l'idéal désiré ; mais les progrès déjà obtenus permettent d'en entrevoir d'autres plus sérieux et plus féconds. Le jour luira, n'en doutons pas, où ce scepticisme thérapeutique, qu'il est aujourd'hui de bon goût d'afficher, ne sera plus de saison et devra s'incliner devant la réalité.

Lunier suivait avec un vif intérêt et non sans impatience la marche, trop lente à son gré, des travaux de construction de l'asile de Niort. Il avait hâte de quitter les bâtiments exigus et incommodés où ses malades se trouvaient à l'étroit, pour occuper enfin le nouvel édifice qui promettait de leur dispenser moins avarement l'air et la lumière, en même temps que l'espace. Il se faisait d'avance une joie de cette installation, joie que comprendront tous ceux qui ont le souci du mieux pour les malheureux confiés à leurs soins. Cette douce satisfaction ne devait pas lui être accordée. Quelques mois à peine le séparaient du jour où ses vœux les plus chers allaient être comblés, lorsqu'il reçut sa nomination de

médecin en chef-directeur de l'asile de Blois. Lunier prit possession de son nouveau poste le 25 août 1854, succédant au D^r Rousselin ; il conserva ces fonctions pendant près de dix ans, jusqu'au 16 juillet 1864 : heureuse stabilité qui eut pour les intérêts de l'établissement qu'il était appelé à diriger les conséquences les meilleures et les plus profitables.

L'asile du département de Loir-et-Cher datait de huit ans à peine ; mais si on avait voulu juger de sa vitalité par son âge, on aurait fortement risqué de se tromper. Pour cet établissement, comme pour la plupart des institutions humaines, l'âge d'or ne se trouva pas à son berceau ; ses premières années furent pénibles, languissantes. Il souffrait de ce mal qu'on appelle plaie d'argent, mal qui, pour n'être pas toujours mortel, selon le proverbe, n'en était pas moins dans le cas particulier cause de retard dans le développement normal et, par suite, entrave au progrès. Pour cicatriser cette plaie, on essaya des topiques les plus divers ; ils n'eurent d'autre résultat que de l'élargir et la creuser encore davantage.

Pour ses débuts, Lunier eut donc à se débattre contre une situation financière, sinon désespérée, du moins très délicate ; mais il était homme de ressources, et grâce à de réelles qualités d'administrateur qu'il appliquait pour la première fois, il parvint, non sans peine, il est vrai, à parer aux difficultés qui lui avaient été léguées, à faire de l'ordre avec du désordre. Ses sages mesures, toujours prises à propos, eurent les effets les plus salutaires : au bout d'un temps relativement court, les choses ayant changé de face, on vit l'équilibre budgétaire succéder au déficit et la prospérité à la gêne.

Une des mesures qui contribuèrent le plus à cet heureux résultat fut incontestablement la création d'un pensionnat distinct de l'asile proprement dit. Une

circonstance favorable, dont Lunier voulait profiter, permettait l'acquisition d'un château entouré d'un parc de dix hectares, situé à cinq cents mètres de l'établissement. Présenter un tel projet à un conseil général plus qu'économe était audacieux ; le lui faire adopter semblait impossible. La chose lui fut cependant présentée avec tant d'habileté qu'il ne la repoussa pas par la question préalable. Elle fut, au contraire, renvoyée à une commission qui l'étudia longuement et conclut enfin à une sorte de demi-mesure : la propriété serait louée à titre d'essai pour plusieurs années et on y installerait le pensionnat. Lunier n'en demandait pas davantage : le premier pas était fait ; à lui maintenant de démontrer la nécessité d'aller jusqu'au bout.

L'expérience acquise pendant les années de sa jeunesse, qu'il passa à la Maison de santé Esquirol en qualité de médecin adjoint, lui fut d'un grand secours en cette occurrence. Il ne s'agissait pas en effet de créer un nouvel asile d'aliénés à côté de l'ancien, mais d'établir un pensionnat avec tout le confort moderne, avec, en outre, les nombreux moyens de traitement que la science et l'expérience mettent à notre disposition. Site agréable à l'horizon étendu, grand parc aux frais ombrages, habitation presque luxueuse, mais bien aménagée et très hygiénique, soins médicaux attentifs et dévoués, en fallait-il davantage pour attirer les malades ? Et ils vinrent nombreux, de tous les coins du département et même d'ailleurs, devenant ainsi pour l'asile une source de bénéfices dont profitaient les aliénés indigents ; ce qui n'était pas pour déplaire au Conseil général.

Il n'est rien de tel que le succès pour modifier les sentiments d'une assemblée quelconque. L'essai tenté ayant réussi, le Conseil général s'empressa de le renouveler ; mais bientôt, las d'un provisoire qui devenait coûteux, il préféra devenir propriétaire de son pen-

sionnat. C'est ainsi que le château de Saint-Lazare, avec le parc qui l'entoure, fut acheté, le 28 novembre 1861, au prix de cent quatre-vingts mille francs.

Lunier était fier, à bon droit, de cette œuvre conçue par lui et qu'au milieu de nombreux obstacles, il avait su mener à bonne fin ; il en parlait volontiers, et avec cet amour vif et profond qu'on porte à l'enfant d'un beau rêve, devenu réalité. Même après avoir quitté Blois, il ne cessa jamais de s'intéresser à ce qu'il appelait *son* pensionnat ; et lorsqu'il lui arrivait de le visiter en qualité d'inspecteur général, il en constatait avec joie les progrès. C'est qu'il avait fait œuvre utile et viable : ses successeurs, comprenant comme lui sa haute importance, donnèrent à son développement la plus vigilante attention. Le Conseil général de Loir-et-Cher, ratifiant en quelque sorte le jugement des médecins, voulut reconnaître le grand service rendu aux finances départementales : sur la proposition de notre excellent collègue, M. Doutrebente, il décida de donner au pensionnat de l'asile de Blois le nom de son fondateur. Le château de Saint-Lazare s'appelle aujourd'hui la « Villa Lunier » ; et c'est de toute justice.

Au milieu d'occupations administratives très absorbantes, notre confrère ne perdit jamais de vue la partie médicale de sa tâche ; il la considérait comme la plus essentielle et lui donnait avec raison la prééminence. Il se faisait l'idée la plus élevée de ses devoirs professionnels et plaçait en première ligne celui d'accroître sans cesse ses connaissances, pour en faire bénéficier les malheureux confiés à ses soins.

Disciple de cette grande école clinique en médecine mentale qui eut pour maîtres les Esquirol et les Bailarger, il recueillait et faisait recueillir les observations de ses nombreux malades ; et si le temps ne lui permit pas de les utiliser pour des travaux originaux, elles ne

furent pas du moins perdues. On en retrouve la plus grande partie dans la série des comptes rendus annuels de son service médical, à la rédaction desquels il apportait une attention particulière.

Pour Lunier, ce rapport réglementaire n'était pas une pure formalité administrative : d'un travail qui devient facilement monotone par sa périodicité, il savait faire une œuvre sérieuse, intéressante, et qui se lit. A l'exemple de Renaudin, dont les comptes rendus annuels sont à bon droit regardés comme les chefs-d'œuvre du genre, il a légué à ses successeurs une série de documents d'une valeur incontestable, mais surtout très vivants, ce qui n'est pas sans mérite. Avec lui, les chiffres perdent de leur sécheresse, la statistique de sa froideur ; les commentaires, toujours nets et précis, gagnent encore en précision et en netteté, par les nombreux faits cliniques qui les illustrent et les confirment. Cette série de rapports, source abondante où ne manquera pas de puiser l'historien futur de l'asile de Blois, présente aussi un intérêt général : par l'ordre et l'arrangement des matières, par le talent d'exposition, ils constituent une véritable pathologie mentale en action dont la lecture attentive pourrait être aussi profitable que celle du meilleur traité didactique ; ils nous montre aussi quel excellent instrument de traitement et même de labeur scientifique est l'asile d'aliénés entre les mains d'un médecin consciencieux, savant et que ne rebute aucune difficulté.

Lunier avait à peine déposé la plume qui venait de corriger la dernière épreuve de son dixième rapport annuel, qu'il eut l'insigne honneur d'être appelé au poste le plus élevé que pût ambitionner, à l'époque, le médecin aliéniste : il fut nommé inspecteur général du service des aliénés, en remplacement du D^r Anthelme, récemment décédé.

Il quitta Blois, le 16 juillet 1864, non sans regret. Quelle que soit la cause du départ, ambition ou autre, on n'abandonne jamais, sans un déchirement de cœur, des lieux où l'on a travaillé, lutté, innové même ; où on laisse donc quelque chose de soi-même. Notre confrère sentit toute l'amertume de la séparation d'avec un passé cher à tant de titres, et il ne fallut rien moins, pour le remettre, que la préoccupation des responsabilités nouvelles qui allaient lui incomber.

Lunier était vraiment l'homme de sa nouvelle situation. Par son savoir étendu en médecine mentale et sa grande expérience des questions administratives, par toutes ses qualités intellectuelles et morales, il méritait à tous égards de devenir le collègue d'inspecteurs généraux, tels que Parchappe et Constans. Il eut sans doute à ses débuts bien des choses à apprendre de ces maîtres éminents et expérimentés ; mais, une fois au courant du service, il fut pour eux un collaborateur précieux dans l'œuvre commune : le développement, bien incomplet encore, des applications de la loi tutélaire du 30 juin 1838. La part qui lui revient dans cette œuvre commune est considérable. Comme l'a fait remarquer Achille Foville, plusieurs asiles départementaux créés pendant la période où Lunier remplit les fonctions d'inspecteur général, furent construits en grande partie sous sa direction et profitèrent largement de son expérience consommée (1).

La question du personnel des asiles n'a pas moins d'importance que la belle ordonnance extérieure et le bon aménagement intérieur des bâtiments. Notre confrère, qui en connaissait le fort et le faible, s'en préoccu-

(1) Ach. Foville. Discours prononcé sur la tombe de Lunier, au nom du Service des aliénés et de l'Association générale des médecins de France. *Ann. méd. psych.*, n° de septembre 1885, p. 359.

paît vivement : il voulait pour les médecins un constant accroissement de savoir et de dignité ; pour les infirmiers et les infirmières, de plus grandes connaissances techniques et une sensible amélioration matérielle. Certes, depuis un quart de siècle, de sérieux progrès ont été accomplis en ce sens ; mais il serait injuste d'oublier que la plupart d'entre eux furent étudiés et préconisés par Lunier et ses collègues de l'inspection générale.

Il en est des asiles d'aliénés comme de toutes les agglomérations humaines, même les mieux hiérarchisés, la discorde y éclate parfois, et les conflits tournent facilement à l'aigre, par suite même du contact journalier des personnes. Pour l'apaisement de ces conflits, nuisibles au bon fonctionnement des services, l'intervention de l'administration supérieure s'impose presque toujours. Le rôle difficile, embarrassant même, de pacificateur échet souvent à Lunier, qui le remplit dans la plupart des cas à la satisfaction complète des parties en présence. C'est qu'il apportait dans ces missions délicates un tact exquis, un rare sentiment de la justice, une connaissance approfondie des hommes, une vue nette et rapide des situations. Foncièrement bon, le recours aux mesures extrêmes lui répugnait : il n'aurait voulu en quoi que ce soit entraver la carrière de l'un quelconque de ses subordonnés, dont la plupart étaient ses confrères ou ses futurs confrères. Aussi, c'est avec raison que son collègue, Ach. Foville, put dire de lui qu'« il était universellement aimé, car tous ceux qui « étaient soumis à son contrôle savaient qu'ils pou-
« vaient compter sur son équité et sur sa bienveil-
« lance (1) ».

Ses fonctions d'inspecteur général, le plaçant à la

(1) Ach. Foville. *Loc. cit.*, p. 359.

source des documents officiels, permirent à notre confrère de donner pleine satisfaction à son goût pour les recherches statistiques. Ce goût, en quelque sorte inné, semble bien avoir été chez lui un produit d'hérédité, et d'une hérédité chargée : son père et son grand-père, comptables distingués, l'un et l'autre fonctionnaires des finances, ne lui avaient-ils pas transmis cet amour passionné pour les chiffres, qu'il manifesta dès son jeune âge, qu'il conserva toute sa vie ? Et de fait, cette tendance de son esprit est si spontanée, si naturelle, qu'on voit Lunier, encore étudiant, alors qu'il s'essayait à des travaux d'analyses, montrer une prédilection marquée pour les rapports annuels des médecins d'asiles, les disséquant avec un soin méticuleux, pour en faire des comptes rendus détaillés. Il se documentait pour l'avenir et se rendait familières ces règles de la méthode numérique qu'il devait appliquer avec tant de succès.

Le premier travail qu'il publia dans cette direction date de l'année 1853 : ce sont des *Recherches statistiques sur les aliénés du département des Deux-Sèvres*. Très apprécié des statisticiens de profession, ce mémoire présente cette originalité, qu'il fut un des premiers à employer la méthode graphique ; il contient, en effet, une carte coloriée du département divisé en cantons, et la plus ou moins grande obscurité des teintes de cette carte se trouve en rapport direct avec la fréquence de l'aliénation mentale dans chaque canton. Depuis, ce procédé par cartes à teintes dégradées, s'est amélioré, généralisé ; on peut même dire qu'il est devenu banal, parce que pratique et très commode pour la démonstration ; mais il n'en reste pas moins que Lunier fut, il y a un demi-siècle, le premier à l'appliquer, à s'en servir dans ses recherches statistiques sur la folie.

Comme il convient au genre, les chiffres occupent naturellement une place importante dans ses comptes

rendus du service médical de l'asile de Blois. Mais ce qui ne peut manquer de frapper, même les profanes, c'est la facilité avec laquelle se lisent et se comprennent ces nombreux tableaux statistiques ; on sent que l'auteur a mis une certaine coquetterie à répandre la clarté sur des matières que beaucoup de bons esprits ont accoutumé de considérer comme abstruses et ingrates.

Mais ces esprits, trop chagrins, en accusant la statistique de stérilité, lui demandent sans doute plus qu'elle ne peut donner. Ils oublient qu'elle se contente de dénombrer les faits, mais ne cherche pas à les expliquer ; qu'elle constate leur fréquence, mais est incapable de déterminer les conditions de leur production. Comme ils exigent d'elle une *certitude* et qu'elle ne leur donne qu'une *probabilité*, ils sont déçus ; et au lieu de s'en prendre à eux-mêmes de leur déception, ils accablent de leur dédain un mode d'investigation, qui, appliqué quand il le faut et où il le faut, peut rendre de réels et incontestés services.

Les limites de la méthode numérique, dans son application aux sciences supérieures — je veux parler de la biologie et de la sociologie — sont aujourd'hui très nettement déterminées. Depuis les discussions si serrées auxquelles l'ont soumise les philosophes et les savants, depuis d'Alembert jusqu'à Claude Bernard, en passant par Auguste Comte et John Stuart-Mill, on sait ce qu'on peut attendre d'elle, dans l'étude des phénomènes si complexes de la vie et des sociétés : elle établit des faits plus ou moins controversés, fournit des documents permettant de contrôler des faits acquis, ou bien donne des indications précieuses pour de nouvelles recherches ; mais, par elle-même, elle n'aboutit qu'à des moyennes, des pourcentages. Même en rapprochant les résultats numériques sur la fréquence de tel ou tel phénomène, obtenus durant un certain nombre d'années, on peut, à

l'aide de courbes savantes, en démontrer les variations ; mais, pour contenter l'esprit, il faudra rechercher ensuite les conditions qui déterminent ces variations.

Ces difficultés souvent insurmontables de l'application du calcul aux problèmes sociaux et moraux, ont été plaisamment relevées par le grand Goethe dans un de ses entretiens avec Eckermann. « J'honore les mathématiques, dit l'illustre poète allemand (1), comme la science la plus élevée et la plus utile, tant qu'on les applique là où elles conviennent ; mais je ne puis louer l'abus qu'on en fait dans les questions qui ne sont pas de leur domaine, et dans lesquelles cette noble science revêt sur-le-champ les formes de la sottise. On dirait que rien n'existe en dehors des preuves mathématiques. Ce serait folie qu'un homme n'eût point foi dans l'amour de sa fiancée, si celle-ci n'est pas en état d'en fournir la démonstration mathématique. Pour sa dot, la chose lui est possible ; pour l'attachement, non pas. »

Esprit avisé et pratique, en même temps que net et précis, Lunier ne tombait pas dans cette exagération commune à bien des savants qui donnent une valeur absolue au mode d'investigation employé par eux de préférence. S'il avait subi un pareil entraînement, il se serait vite ressaisi. Une éducation scientifique sérieuse et des connaissances très étendues en médecine, lui avaient fait connaître les limites de la méthode numérique, limites dans lesquelles il est sage de se renfermer dans l'intérêt même des vérités à poursuivre.

Mais si notre confrère ne reconnaissait pas à cette méthode toutes les vertus dont certains la gratifient, il

(1) *Entretiens de Goethe et d'Eckermann. Pensées sur la littérature, les mœurs et les arts*, traduites pour la première fois par J.-N. Charles, professeur au lycée Bonaparte. Paris, collection Hetzel, s. d., p. 100.

savait en tirer tout ce qu'elle peut donner, avec cette autorité que confèrent la parfaite connaissance des problèmes à élucider et celle, non moins importante, des règles à leur appliquer pour les résoudre.

Ces règles, Lunier les maniait avec une rare dextérité ; par une étude approfondie et une constante application, il s'en était en quelque sorte imprégné et sur plus d'un point les avait perfectionnées. Aussi avait-on le droit d'attendre de lui la réunion en un corps de doctrine des principes de cette méthode numérique sur lesquels il avait tant médité. Mais les tendances de son esprit ne le portait guère vers les spéculations philosophiques, il leur préférait le terrain plus solide de la pratique, où sa maîtrise était hors de pair.

Les problèmes sont nombreux en médecine mentale, qui sont justiciables de la méthode statistique. Lunier en aborda plusieurs. Avec un soin et une patience extrêmes, il sut en débrouiller les nuageuses obscurités et nous apporter des solutions simples et claires qui frappent l'esprit et imposent la conviction.

Une question qui excite la curiosité du savant et préoccupe à juste titre les administrateurs, est celle de l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes. Ce constant accroissement des cas de folie est un fait, sans doute très douloureux au point de vue social, mais dont il importe d'étudier la marche et les variations, pour l'expliquer dans la mesure du possible, autant du moins que le permet la complexité du sujet.

A deux reprises différentes, la première en 1870, la seconde quatorze ans après, Lunier a traité cette question délicate qui prête aux développements littéraires et philosophiques ; mais c'est à l'aide de chiffres établis avec soin, minutieusement contrôlés, qu'il cherche à se faire une opinion. Il arrive ainsi à démontrer que le nombre des aliénés est allé sans cesse en croissant

depuis l'année 1835 jusqu'en 1884; que de 10.539 il est monté au chiffre considérable de 49.012, c'est-à-dire qu'il a plus que quadruplé. Un esprit chagrin tirerait de cette colossale différence un horoscope du plus noir pessimisme sur l'avenir de l'espèce humaine; car cette augmentation progressive semble être le triste lot de tous les pays. Lunier, sans être un optimiste de parti pris, ne voit pas la situation sous des couleurs aussi sombres. Si le nombre des cas de folie a considérablement augmenté, on le prouve surtout par l'accroissement du chiffre des entrées de ces malades dans les établissements qui leur sont destinés. Cet accroissement du chiffre des entrées n'est-il pas dû à la facilité des placements? Les asiles, destinés à l'origine aux seuls aliénés, ont fini par devenir de véritables pandémoniums des maux les plus divers. Comme le dit notre confrère, « on y interne, comme aliénés, des imbéciles inoffensifs, « des déments hémiplegiques, des vieillards en enfance, « des infirmes de l'intelligence, en un mot, dont la véritable place était autrefois, et n'aurait pas dû cesser « d'être, dans les hospices d'incurables ». Mais il y a plus — et ceci peut paraître consolant — c'est que « l'accroissement du nombre des admissions qui était, « il y a quarante ans, de 12,5 par an, n'est plus aujourd'hui que de 1,70 p. 100 ». « Le chiffre des admissions, ajoute notre confrère, tend donc à rester stationnaire, et il l'est déjà dans la plupart des départements qui ont des asiles bien organisés et où le service fonctionne régulièrement depuis un certain nombre d'années. Est-il de meilleure preuve que « l'augmentation du nombre des cas de folie, en admettant qu'elle soit réelle, est, dans tous les cas, beaucoup moins considérable qu'on le pense généralement? »

Cette assertion optimiste, vraie en 1884, l'est-elle

encore aujourd'hui? Pour la réponse à cette question, il suffirait de continuer, pour les dernières vingt années, le travail si bien fait par Lunier pour les phases précédentes; il faudrait apporter à cette étude la méthode exacte, le soin scrupuleux qu'y apportait notre confrère; il importerait surtout — et c'était le vœu le plus cher de Lunier — qu'on en pût comparer les résultats à ceux obtenus par les mêmes procédés dans les autres pays.

La statistique comparative s'impose en médecine mentale. Les résultats numériques, ne concernant qu'un seul pays, quelques intéressants qu'ils soient, n'acquièrent une réelle valeur que comparés à ceux obtenus dans d'autres pays : une statistique nationale des aliénés appelle donc nécessairement une statistique internationale.

Une statistique internationale des aliénés ne peut réellement être utile que si elle est édifiée sur des bases uniformes. Lunier était désigné, par ses travaux antérieurs, pour étudier et résoudre cette difficile question de méthode. Il exposa ses idées en une œuvre vraiment magistrale, mûrement réfléchie, d'une clarté et d'une précision rares; on y trouve tracés de main de maître, des cadres et des formules, qui, s'ils étaient universellement adoptés, rendraient des services signalés. S'il devait jamais s'établir une entente cordiale entre les différents pays pour la constitution d'une statistique internationale des aliénés, le projet si remarquable de notre confrère reverrait le jour; il aurait même les plus grandes chances d'être adopté, non toutefois sans quelques légers amendements imposés par le temps et l'expérience.

Ce projet, élaboré avec tant de soin, reçut l'approbation unanime des membres du Congrès aliéniste international, qui se tint à Paris, au mois d'août 1867. C'était la première assemblée de ce genre. Elle fut sans doute

brillante : de nombreuses célébrités de la médecine mentale y assistèrent et des questions du plus haut intérêt furent discutées ; mais il faut bien l'avouer, cette réunion modeste de savants, venus des pays les plus divers, passa alors presque inaperçue.

C'est que l'attention était ailleurs. Au milieu des fêtes et des splendeurs de l'Exposition universelle, la foule elle-même, accourue pour admirer les progrès de l'art et de l'industrie, n'avait d'yeux que pour les princes et les potentats de l'Europe qui se succédaient à Paris, pour assister à cette sorte d'apothéose du régime impérial, qui devait avoir le plus sinistre lendemain.

Trois ans après, le bruit des réjouissances publiques à peine éteint, une guerre implacable éclatait : en peu de semaines, après quelques batailles sanglantes, le sol de la France était envahi, et sa capitale investie se trouvait séparée du reste du monde. En présence de tels désastres, qui eût pu, à l'exemple du sage de Lucrèce (1), trouver de la douceur au spectacle des luttes terribles de la guerre et des armées rangées dans la plaine, sans prendre part au danger ? Ce n'était certes pas Lunier. Ardent patriote, il souffrait cruellement des angoisses qui étreignaient notre malheureux pays, et il voulut prendre sa part du danger.

Dès les premiers jours du siège, il s'enrôla dans les ambulances de la Presse dont Ricord était le chef. Avec cette infatigable activité dont il était doué, avec ce dévouement et cette abnégation qu'accroît encore le sentiment du devoir, Lunier fut tout entier à la tâche périlleuse qu'il avait choisie, ne quittant pas un seul jour les

(1) Suave etiam belli certamina magna tueri
Per campos instructa, tua sine parte pericli.

(T. Lucreti Cari *De rerum natura*,
liv. II, v. 5 et 6.)

champs de bataille et ramassant à lui seul plus d'un millier de blessés dans les nombreux combats livrés sous Paris. Tous ceux qui le virent à l'œuvre dans ces jours sombres, où la désespérance broyait les cœurs, se rappellent encore son courage, son entrain, son héroïsme, au Bourget, à Champigny, à Buzenval, où les balles et les obus faisaient rage et fauchaient tant de victimes.

Quelque meurtrières que fussent ces batailles, l'hiver, l'épouvantable hiver de 1870, ne le fut pas moins. Le nombre des soldats et des gardes nationaux qui furent atteints de congélation, et en moururent, est incalculable. Lunier en reçut, en deux jours, plus de 600 dans un vaste bâtiment de la rue de Flandres, transformé en ambulance. Pour montrer ce que fut notre confrère en ces jours d'affliction où le médecin a besoin de tout son courage et de son sang-froid, je crois devoir donner la parole à un témoin oculaire. « Le 24 décembre 1870, écrit le regretté D^r E. Decaisne (1), j'avais
« accompagné Ricord dans une visite qu'il faisait à cette
« ambulance. Mon vieux maître et moi nous suivions,
« silencieux et d'un œil attentif, l'héroïque Lunier prodiguant ses soins à un malheureux soldat atteint de
« congélation générale, et qu'on avait apporté là entre
« la vie et la mort. Peu à peu, le patient se ranime, il
« donne quelques signes de vie, la science a triomphé.
« Lunier, entouré de ses jeunes médecins, n'abandonne
« pas encore son malade, lorsque Ricord n'y tenant
« plus : Levez-vous, dit-il à Lunier, et il l'embrasse
« avec une émotion qui nous gagne tous. Je sentis
« vivement ce jour-là l'honneur que de pareils hommes
« font à notre rude et noble profession. »

Lorsque les plaies les plus saignantes de la guerre

(1) E. Decaisne. Revue scientifique de l'*Univers illustré*, numéro du 24 octobre 1885.

civile et de la guerre étrangère furent, sinon complètement cicatrisées, du moins fortement et habilement pansées, la France fut reprise de cette inextinguible foi en l'avenir qui, heureusement, ne l'abandonna jamais. Mais les douloureux événements qu'on venait de traverser ne se pouvaient sitôt oublier ; bien plus, ils portaient avec eux de sérieux enseignements que les esprits réfléchis et dévoués à leur pays se devaient à eux-mêmes de bien faire ressortir. Tâche difficile et délicate, sans aucun doute, mais qui n'était pas au-dessus des forces d'hommes intelligents, résolus, guidés et soutenus par un zèle dans lequel il entre « autant de « patriotisme pratique que d'amour de l'humanité ». Lunier fut un de ces hommes.

Il avait vu de près, durant le siège, les ravages causés par l'alcoolisme. Au lendemain de nos malheurs, il eut l'idée noble et généreuse de grouper autour de lui tous ceux — et ils étaient légion — qu'effrayait la marche envahissante du fléau, non qu'il pensât l'éteindre complètement, mais du moins le faire rétrograder. Avec une rare énergie, il sut grouper et retenir, pour une œuvre d'hygiène sociale, des hommes venus des pôles les plus opposés de la science, de la pensée, de la politique et même de ce qu'on appelle le monde. Sous l'influence de sa parole chaleureuse, on vit les distinctions de castes s'effacer et disparaître les dissidences d'opinions, pour ne plus voir que le grand but à atteindre. C'est ainsi que fut fondée la Société de Tempérance. Comme l'a si bien dit notre vénéré collègue, M. Motet (1), Lunier fit cette société « du premier coup si solide, si puissante, « qu'elle alla grandissant d'année en année, répandant « de tous côtés sa bienfaisante influence, acceptée par-

(1) A. Motet. Discours prononcé sur la tombe de Lunier, au nom de la Société de tempérance. *Ann. méd. psych.*, numéro de septembre 1885, p. 362.

« tout, bientôt reconnue d'utilité publique ». Dès le début, il en fut le secrétaire général, et ses collègues, qui savaient rendre hommage à son dévouement éclairé et à son infatigable activité, le maintinrent toujours à ce poste de combat et d'honneur ; ils n'imaginaient pas qu'un autre fût plus digne que lui de le garder.

Ces fonctions qui tenaient de l'apostolat, tout absorbantes qu'elles fussent, ne l'empêchèrent point de s'occuper du côté scientifique de la question de l'alcoolisme. Parmi ses nombreuses publications sur ce sujet « divers et ondoyant », il en est une qui fut particulièrement appréciée : il s'agit de ce travail si consciencieux et très documenté sur « la production et la consommation des boissons alcooliques en France et leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations ».

C'est bien dans ce livre d'une lecture si attachante, en même temps que très instructive, que Lunier donne toute sa pensée, qu'il résume toute son expérience sur l'alcoolisme et les moyens à employer pour le combattre.

En présence d'un mal social, les remèdes radicaux sont-ils les meilleurs ? Notre confrère ne le pensait pas. Ainsi il ne prêchait pas la prohibition absolue du vin naturel, pas plus que de la bière et du cidre ; mais il faisait une guerre acharnée aux alcools d'industrie, ainsi qu'aux eaux-de-vie, aux esprits et aux liqueurs qu'ils servent à fabriquer. Il voulait la limitation du nombre des cabarets à un pour 200 habitants ; il demandait même que la loi établît une différence, ainsi que cela se pratique en Suède, entre les débits qui ne vendraient que du vin, de la bière et du cidre et ceux qui seraient autorisés à vendre en même temps des eaux-de-vie et des liqueurs. Ces denrées devraient être, selon lui, « assujetties à une patente ou à une licence spéciale et « ne pourraient être ouverts qu'après avis favorable des

« conseils municipaux, des principaux intéressés et du conseil d'hygiène du département ».

Il y a plus. Lunier, considérant avec raison le vin naturel, le cidre et la bière non suralcoolisés comme des boissons hygiéniques, exprimait le vœu que les droits élevés qui pèsent sur eux, particulièrement à l'entrée des villes, fussent abaissés autant que possible ; qu'on diminuât dans des proportions considérables la fabrication des alcools d'industrie ; enfin, « que pour encourager la consommation des boissons salubres non alcooliques, telles notamment que le thé, le chocolat, le café, etc., on diminuât le plus possible les impôts sur les sucres ».

On reconnaît à ces conclusions la sagesse, la modération, le sens pratique de notre confrère ; aussi est-on peu étonné qu'elles aient fini par prévaloir dans l'esprit de la majorité ; quelques-unes d'entre elles ont acquis force de loi et sont entrées dans la pratique courante. Emettons le vœu que ces modifications préconisées par Lunier et définitivement entrées dans nos mœurs aient la bienfaisante influence que l'on est en droit d'en attendre. Ce succès, en encourageant les bonnes volontés et les activant même, provoquerait peut-être des mesures plus efficaces encore contre un fléau redoutable qui atteint à sa source la vitalité de notre pays.

Les grandes commotions politiques sont, pour le corps social, ce qu'est la maladie pour le corps humain ; elles amènent des perturbations dans l'évolution naturelle des événements, en faussant « ces merveilleux et délicats ressorts qui meuvent l'histoire ». Mais ces commotions, épisodes douloureux de la vie des sociétés, ont-elles pour effet de déterminer l'explosion de la folie, d'augmenter le nombre des aliénés ? Les événements de l'année terrible semblent se présenter à nous comme une véritable expérimentation, permettant d'éln-

cider quelque peu ce délicat problème d'étiologie, objet de tant de controverses où l'imagination prévaut sur le raisonnement.

Lunier évita cet écueil. Au lieu de se livrer à de vaines dissertations littéraires, faciles d'ailleurs en un pareil sujet, il entreprit une enquête des plus sérieuses dans tous les asiles français, dont les médecins lui communiquèrent tous les cas de folie recueillis par eux et qui avaient été provoqués par les bouleversements de 1870-1871. Il réunit ainsi près de 1.800 observations, qu'il dépouilla avec soin, les analysant, les catégorisant ; puis, à l'aide de cette riche documentation, il put écrire ce livre d'un si poignant intérêt, dont les principaux chapitres ont été lus et discutés devant notre Société. Les conclusions, toutes tirées des faits et qui ne les dépassent pas, sont d'une telle exactitude, d'une si grande précision, qu'elles ne sauraient donner prise ni à la critique ni au doute. Œuvre de bonne foi et de sage patriotisme, ce travail est sans conteste un des chapitres les plus suggestifs de l'histoire de ces événements douloureux qui, en modifiant d'une façon violente le cours des choses, troublèrent profondément les esprits.

L'Exposition universelle de 1878, ce signe manifeste du prompt relèvement de la patrie, nous est tout spécialement chère, et à un double titre. A l'occasion de cette fête de la civilisation où la science, les arts, l'industrie « offraient au monde les résultats prodigieux de « l'activité humaine », la Société médico-psychologique prit l'initiative d'un Congrès international de médecine mentale, dont les travaux furent très appréciés ; d'autre part, les inspecteurs généraux, Constans, Lunier et Dumesnil, choisirent ce moment « pour mettre au jour « leur grand et imposant travail », ce remarquable Rapport général sur le service des aliénés en 1874, travail d'ensemble et vraiment encyclopédique sur les

conditions si complexes de l'assistance de ces infortunés malades dans notre pays.

Les trois collaborateurs étaient faits pour s'entendre et travailler à une tâche commune : même amour du bien public, même savoir étendu, même désir de faire œuvre utile. Bien plus, la diversité de talent et d'esprit qui existait entre eux, loin d'être un obstacle, devait les servir dans la circonstance. Dumesnil, intelligence fine et volontiers railleuse, à la vaste érudition et au goût littéraire sûr, semble avoir joué le rôle du critique, qui ramène tout à de justes proportions. — Constans, qui n'avait pas, comme ses deux collègues, acquis dans la pratique journalière des asiles son expérience des choses de la médecine mentale, n'en apportait pas moins des vues très nettes et des plus judicieuses sur la question des aliénés, vues aussi éloignées de la routine que de l'utopie et que lui avait inspirées son grand bon sens aiguë par l'observation. — L'amour des chiffres n'est pas toujours exclusif d'une certaine dose d'imagination. Lunier, nature en dehors et prime-sautière, se laissait entraîner vers les solutions extrêmes qui lui paraissaient généreuses ; mais il n'allait jamais loin dans cette voie ; la chimère s'évanouissait très vite au contact de la réalité ; et cette réalité, qu'il avait vécue, étudiée à fond, il finissait toujours par s'incliner devant elle.

Sauf la partie statistique qui est considérable, à laquelle Lunier donna des soins particuliers, il est impossible, comme je l'ai déjà dit, de faire la part exacte de chaque collaborateur, tant est complète l'unité de pensée et de doctrine de ce grand et bel ouvrage. Qu'il s'agisse du passé, du présent ou de l'avenir du service des aliénés, le lecteur le plus attentif n'y trouve aucune discordance ; tout se lie, s'enchaîne avec une logique parfaite. Et lorsqu'on ferme le livre, après l'avoir étudié avec soin, on se demande ce qu'il y faut admirer le plus,

de l'étendue de l'érudition ou de la clarté du style, de l'excellence de la méthode ou de la richesse de la documentation, du souci des réformes ou des vues élevées qui y abondent. De telles qualités sont rares, même dans un document officiel ; aussi se plaît-on à « rendre « un hommage mérité à nos savants collègues, qui « n'ont épargné ni leur temps, ni leurs peines pour « mener à bien une entreprise où se révèlent, à la fois, « leur haute compétence, leur impartialité absolue ». « Ce qui domine dans ces pages, ajoute avec raison « M. Motet (1), c'est moins la satisfaction de ce qui est, « si légitime que nous l'eussions trouvée, que le désir « sincèrement, noblement exprimé, de poursuivre des « améliorations sur certains points incomplètes encore, « de continuer sans défaillance la tâche si bien commencée, et de la conduire jusqu'au jour où les desiderata auront disparu. »

On ne saurait mieux dire, et je suis heureux de pouvoir m'appuyer sur la haute autorité de notre vénéré doyen pour faire ressortir tout le bien qu'il nous faut penser de cette œuvre, monument durable élevé à la glorification de la médecine mentale française du XIX^e siècle.

Lunier fut un des hommes les plus occupés de sa génération ; sa carrière si belle et si efficace est un exemple permanent de travail allègre et régulier. Outre ses occupations professionnelles, pourtant très absorbantes, il s'en créait d'autres, nombreuses et de nature diverse, auxquelles il satisfaisait largement grâce à sa vigueur physique, à sa bonne humeur intellectuelle et à sa santé morale à toute épreuve.

(1) A. Motet. Analyse du Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874, par les inspecteurs généraux de service, les D^{rs} Constans, Lunier et Dumesnil. *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1879, p. 57.

Son cerveau, bien meublé dès sa jeunesse et qui s'était constamment enrichi d'acquisitions nouvelles, suffisait à toutes ces besognes. Il avait même son petit coin de singularité, de fantaisie, qui se révélait par l'enfantement de nombreux projets, dont la plupart s'évanouissaient, à peine nés. Quelques-uns cependant, plus mûris, mieux étudiés, prenaient corps, se développaient, et finissaient par se réaliser. Tel ce projet d'un *Palais des sociétés savantes*, dont Lunier se fit le promoteur dans la réunion des secrétaires généraux, dont il était l'âme ; il l'y défendit avec toute son ardeur, toutes les ressources de son esprit, et parvint à ranger tout le monde à son avis. Nommé président du Comité d'exécution, il eut la joie de voir son projet entrer dans la voie de la réalisation. Il touchait même au succès, quand la mort l'emporta. Mais s'il ne lui a pas été donné d'assister au complet achèvement du palais de ses rêves, dont on admire aujourd'hui la façade, non loin de l'Ecole de médecine, les nombreuses sociétés savantes qui y reçoivent une si large hospitalité, « devront, selon le vœu de M. Cheysson (1), inscrire à une place d'honneur le nom du D^r Lunier, qui les a aimées, s'est dévoué à leur cause, et par ses travaux a préparé leur groupement et leur essor ».

C'est que la société savante semblait être son véritable élément ; il s'y sentait à l'aise ; son esprit s'aiguissait au contact de ses confrères. Son activité devenait contagieuse ; partout où il venait, il apportait la vie, l'entrain qu'il communiquait aux autres.

Parmi les nombreuses compagnies dont il était membre, il en est trois qu'il affectionnait particulière-

(1) Cheysson. Discours prononcé sur la tombe de Lunier au nom de la Société de statistique. *Ann. méd.psych.*, numéro de septembre 1885, p. 369.

ment, aux séances desquelles il montrait le plus d'assiduité : c'étaient la Société médico-psychologique, la Société de statistique et celle de Tempérance. Il prenait part aux discussions et donnait toujours la note juste, frappée au coin du bon sens.

Lunier aimait à faire le bien. Se trouvant en situation d'être utile, il n'épargnait ni son temps ni sa peine pour rendre service à ceux qu'il en jugeait dignes. Le nombre de ceux qu'il a obligés est incalculable. Sans doute, ses bienfaits allaient parfois à des indignes ; mais que lui importait ? Il ne parlait pas plus de ses déconvenues en ce genre, qu'il ne publiait ses bonnes actions.

Notre confrère appelait volontiers à lui les jeunes. Combien ont monté à cet entresol de la rue de l'Université et furent reçus dans ce petit cabinet de travail aux murs tapissés de livres, dont les sièges étaient envahis par de volumineux dossiers ! La plupart arrivaient émus ; mais leur émotion cédait vite devant la réception si franche et si cordiale qui leur était faite, devant cette rondeur d'allure qui excluait toute idée d'intimidation. Tous sortaient de leur visite réconfortés par de sages conseils, emportant des encouragements, souvent un programme d'action, parfois des promesses d'intervenir qui équivalaient à une certitude de succès.

Lunier s'était marié jeune : il trouva dans la digne compagne de sa vie, le modèle de la femme du savant qui sait créer autour de son foyer cette atmosphère de tranquille sérénité si favorable au travail intellectuel. Sans enfants, il devint le père de ses nombreux neveux et nièces, surveillant leur éducation, y subvenant souvent et toujours dirigeant leur vie. Quelle que fût leur destinée, il ne les perdait jamais de vue. Une ou deux fois par semaine il réunissait ceux qui habitaient Paris : c'était pour lui jour de fête. Ceux qui ont eu le plaisir d'assister à ces soirées de famille, n'en oublient pas le

charme intime. Lunier y trouvait le repos de l'esprit après les longues journées de labeur. On le sentait heureux au milieu de cette jeunesse qui lui témoignait ses sentiments par une camaraderie nuancée d'affectueuse déférence.

L'existence de notre confrère s'écoulait ainsi calme et uniforme, sans grands heurts ni graves à coups, lorsqu'un matin de la fin de mars 1883, il apprit, par le *Journal officiel*, son remplacement dans ses fonctions d'inspecteur général. Ce choc imprévu fut rude ; il en souffrit cruellement. C'était une disgrâce imméritée et qu'on lui signifiait d'une façon bien insolite. On le comprit en haut lieu puisque, quelques semaines après, il obtint une compensation : un arrêté ministériel le chargeait spécialement de l'inspection des services se rattachant à la protection du premier âge.

Une autre compensation — celle-là plus douce à son cœur — devait lui être donnée par ses pairs. L'Académie de médecine, dans sa séance du 22 mai 1883, l'élut à une forte majorité membre de sa section d'hygiène et de médecine légale, en remplacement du D^r Hillairet. Son vœu le plus cher était accompli, son ambition la plus légitime satisfaite.

Vers la fin du mois d'août 1885, je rencontrai notre confrère à l'imprimerie de la rue Cassette, où nous appelaient périodiquement les nécessités de la mise en pages des *Annales médico-psychologiques* ; il était venu exprès de Saint-Sulpice-de-Favières, où il passait les mois d'été. Notre besogne terminée, nous eûmes ensemble une longue causerie que je n'ai pas oubliée. Lunier respirait la santé et le bonheur de vivre. Plein de verve et de bonne humeur, il me donna ses appréciations sur des événements récents, sur bien des choses et des hommes du jour ; il me raconta ses projets pour les vacances. Grand chasseur, il se faisait une joie de l'ou-

verture de la chasse qu'il devait faire quelques jours après en nombreuse compagnie. Il me quitta pour aller reprendre son train. Je ne devais plus le revoir.

A son retour de cette partie de chasse dont il se promettait tant de plaisir, il fut pris de frissons violents et succomba le 5 septembre, dans sa soixante-quatrième année, à la suite d'une affection grave des poumons, jetant dans l'extrême désolation une épouse qui perdait tout en le perdant, des neveux et des nièces qui le chérissaient comme un père, de nombreux collègues et amis qui lui portaient estime et affection, tous ceux enfin qu'il avait obligés et qui n'oubliaient pas.

« Les vivants ne peuvent rien apprendre aux morts ;
« les morts, au contraire, instruisent les vivants ». Cette admirable pensée de Chateaubriand (1) nous paraît d'autant plus saisissante qu'elle est appliquée au « petit
« nombre de ces hommes rares qui ont donné le beau
« spectacle d'une parfaite harmonie entre l'intelligence
« et le caractère, entre la raison et la conduite ».

Lunier à sa place marquée au milieu de cette belle phalange. Sa vie et son œuvre sont un enseignement et peuvent être données en exemple. Inspiré dans tous ses travaux par le désir d'être utile, dévoué au progrès des idées qu'il avait embrassées, irréprochable dans ses actions, il fut un savant distingué, un excellent citoyen et un homme de bien.

TRAVAUX DU D^r LUNIER

Remarques sur la mélancolie et la manie suites de fièvres intermittentes, par le professeur Th. Sebastian, de Heidelberg. Traduit de l'allemand et analysé. *Ann. méd.-psych.*, numéro de septembre 1844.

(1) Chateaubriand. *Mémoires d'Outre-tombe*, édit. Edmond Biré, Paris, s. d., t. IV, p. 274.

Recherches sur la paralysie générale progressive pour servir à l'histoire de cette maladie. *Ann. méd.-psych.*, numéros de janvier et d'avril 1849.

Examen médico-légal d'un cas de monomanie instinctive. Affaire du sergent Bertrand. *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1849.

De l'alimentation des aliénés, des difficultés qu'elle présente, et des moyens d'y remédier; inconvénients de l'alimentation forcée, par le D^r Andréa Verga. Traduit de l'italien. *Ann. méd.-psych.*, numéro d'octobre 1849.

Homicide commis par un monomaniacque. Rapport médico-légal du D^r Fossati. Traduit de l'italien. *Ann. méd.-psych.*, numéro d'avril 1850.

Recherches sur quelques déformations du crâne, observées dans le département des Deux-Sèvres. *Ann. méd.-psych.*, numéro de janvier 1852.

De l'emploi de la médication bromo-iodurée dans le traitement de l'aliénation mentale et de la paralysie générale progressive. *Union médicale*, numéro du 6 mai 1852, et *Ann. méd.-psych.*, numéros de janvier et de juillet 1853.

Recherches statistiques sur les aliénés du département des Deux-Sèvres. Niort, 1853.

Rapport sur les fouilles faites près de Faye-l'Abbesse; la Mansion Segora. Niort, 1854.

Rapport médico-légal sur l'état mental de Fr. Meunier, prévenu de tentative d'assassinat. Ordonnance de non-lieu. Manie congestive jugée par une fièvre intermittente. *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1856.

Rapport sur le service médical de l'asile public d'aliénés de Loir-et-Cher, et compte moral et administratif présenté pour 1862. Broch. in-8°. Blois, 1863.

Compte rendu moral, administratif et médical de l'asile public d'aliénés de Blois pour l'année 1863. Broch. in-8°. Blois, 1864.

Des divers modes d'assistance publique appliquée aux aliénés. Communication à la Société médico-psychologique. *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1865.

De l'aliénation mentale en Suisse, étudiée au triple point de vue de la législation, de la statistique, du traitement et de l'assistance. *Ann. méd.-psych.*, numéros de juillet, septembre et novembre 1867, de janvier, mars et mai 1868.

Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés. Etude sur les législations françaises et étrangères. Mémoire lu au Congrès aliéniste international. *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1868.

Projet de statistique applicable à l'étude des maladies men-

tales, arrêté par le Congrès aliéniste international de 1867. Rapport et exposé des motifs. *Ann. méd.-psych.*, numéro de janvier 1869.

Des aliénés dangereux, étudiés au triple point de vue clinique, administratif et médico-légal. Discours prononcé à la Société médico-psychologique dans la séance du 26 avril 1869. *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1869.

De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de de ses causes. Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 23 mars 1869. *Ann. méd.-psych.*, numéro de janvier 1870.

Etude médico-légale sur l'état mental de M. du P... (en collaboration avec Rousselin). *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1870.

De l'isolement des aliénés considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public. Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 19 avril 1870. *Ann. méd.-psych.*, numéro de janvier 1871.

Articles Crâne (déformations artificielles); Crétin, crétinisme; Folie (statistique; législation et assistance), du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1869-1872.

Du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide. *Ann. méd.-psych.*, numéro de mai 1872.

De l'origine et de la propagation des Sociétés de tempérance. Broch. in-8°. Paris, 1873.

De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales. Mouvement de l'aliénation mentale en France pendant les années 1869 à 1873. 1 vol. in-8°. Paris, 1874.

Etudes sur le goitre et le crétinisme, par Max Parchappe. Documents mis en ordre et annotés par le D^r L. Lunier. 1 vol. grand in-8°. Paris, 1874.

De la production et de la consommation des boissons alcooliques en France et de leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations. 1 vol. in-8°. Paris, 1877.

Résultats de l'application de la loi sur l'ivresse de 1873 à 1876. *La Tempérance*, 1877, t. VI.

Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874; par les inspecteurs généraux du service, les D^{rs} Constans, Lunier et Dumesnil. 1 vol. in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1878.

Rapport sommaire sur le service des aliénés en 1877 (en collaboration avec les D^{rs} Constans et Dumesnil). *Ann. méd.-psych.*, numéro de janvier 1879.

Comptes rendus du Congrès international de 1878, pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme. Documents mis

en ordre par le D^r Lunier, secrétaire général. 1 vol. in-8°. Paris, 1879.

Des vols aux étalages. Communication faite à la Société de médecine légale en mai 1879. *Ann. méd.-psych.*, numéro de septembre 1880.

Comptes rendus des conférences internationales de statistique. Documents mis en ordre par le D^r Lunier, président. 1 vol. in-8°. Paris, 1880.

Des épileptiques, des moyens de traitement et d'assistance qui leur sont applicables. *Ann. méd.-psych.*, numéro de mars 1881.

Rapport sur l'état mental de la nommée Louise V..., présenté à M. le Ministre de l'Intérieur (en collaboration avec les D^{rs} Foville et Magnan). *Ann. méd.-psych.*, numéro de septembre 1882.

Discours sur la réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, prononcé à l'Académie de médecine, séance du 26 février 1884.

Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882. *Ann. méd.-psych.*, numéro de septembre 1884.

Pathologie.

LA

PARALYSIE GÉNÉRALE DANS LA SUISSE ROMANDE

ÉTUDE STATISTIQUE COMPARATIVE
SUR LA RARETÉ DE CETTE AFFECTION DANS CERTAINES CONTRÉES
SPÉCIALEMENT DANS LE CANTON DE FRIBOURG

Par le Dr SERRIGNY

Médecin directeur de l'asile d'aliénés de Marsens,
canton de Fribourg (Suisse).

Suite et fin (1).

Telles sont, brièvement résumées, les observations des 12 paralytiques généraux (9 Fribourgeois et 3 Valaisans) que nous avons pu connaître et soigner depuis 1897.

Après avoir insisté sur ce nombre, très minime par rapport au nombre d'aliénés que l'on trouve dans ces deux cantons, voyons si nous pouvons faire rentrer ces quelques malades dans le cadre étiologique que l'on attribue ordinairement à la paralysie générale.

Nous regrettons pour nous que ces chiffres ne soient pas assez importants pour nous permettre d'en dégager des faits concluants et une statistique imposante ; mais

(1) Voir les *Annales* de mai-juin 1904.

nous nous en consolons volontiers en pensant que nos braves populations sont encore indemnes, ou à peu près, de cette redoutable affection.

La notion de sexe nous fournit le rapport de 1/5 entre les femmes et les hommes (10 hommes et 2 femmes). C'est à peu près la proportion admise (1), mais un peu moindre.

L'âge de nos malades ne nous révèle rien de particulier non plus. Nous trouvons :

De 30 à 35 ans.	3 cas.
35 à 40 ans.	2 —
40 à 45 ans.	3 —
45 à 50 ans.	2 —
50 à 56 ans.	2 —

En ce qui concerne la profession, nous relevons :

Professions libérales..	{ Écrivain	1 cas.
	{ Professeur de langues	1 —
	{ Ingénieur.	1 —
Professions manuelles.	{ Serrurier, électricien	2 —
	{ Verrier.	1 —
	{ Boulanger.	1 —
Professions diverses. .	{ Hôteliers, garçons de café.	2 —
	{ Fille de magasin.	1 —
	{ Sans profession fixe	2 —

En somme, ce sont surtout les professions libérales qui mènent plus volontiers à un surmenage intellectuel et cérébral, les professions manuelles où se manifeste le surmenage physique et celles qui entraînent à des excès alcooliques, qui nous donnent un contingent, nous n'osons pas dire élevé, mais seulement manifeste pour un aussi petit nombre de cas.

Passons maintenant aux causes que l'on a coutume de considérer comme déterminantes. Nous y trouverons des détails plus intéressants.

(1) V. Idanow. De la paralysie générale chez la femme, *Ann. méd. psych.*, mai-juin 1894, p. 396 et suiv.

En ce qui concerne l'hérédité, notion que l'on tend à accepter de plus en plus aujourd'hui, jusqu'au point d'admettre des paralysies générales héréditaires, nous n'avons trouvé aucun cas d'hérédité similaire. L'un de nos malades cependant (obs. VI), tabétique et paralytique, a eu un frère tabétique.

Nous avons observé plus fréquemment l'hérédité mentale, ou nerveuse, ascendante ou collatérale.

Dans l'observation I, nous trouvons grand-mère, mère aliénées, une sœur idiote, une épileptique; dans l'observation V, père apoplectique, frère aliéné; dans l'observation IX, mère nerveuse, frère et sœur aliénés; soit quatre cas sur douze, sans compter peut-être d'autres sur lesquels nous n'avons pas eu de renseignements précis.

L'influence du tabac et des intoxications (autres que l'alcool) nous paraît contestable. « Fumer comme un Suisse », est devenu proverbial! Nos braves paysans ne quittent guère leur pipe que pour dormir ou manger (et encore!) fumant souvent au milieu du foin et de la paille.

MM. Mairét et Vires, dans leur livre sur la Paralyisie générale, ont incriminé le rhumatisme et la diathèse rhumatismale et lui font jouer un rôle assez marqué dans la genèse de la paralyisie générale. Le rhumatisme est ici tellement fréquent que nous ne nous sommes même pas donné la peine de rechercher cette cause; car nous sommes persuadé que chez nos paysans aliénés une bonne moitié au moins, sinon davantage, en souffre à des degrés divers.

Nous avons, pour notre part, soigné en dehors de l'asile bon nombre de malades. A chaque pas nous rencontrons le rhumatisme sous une forme ou sous une autre. C'est fatal dans un pays où la température est sujette à des changements brusques et souvent consi-

dérables. Mais il ne s'agit pas du rhumatisme aigu, à forme inflammatoire ; ces formes sont au contraire peu fréquentes, mais nous trouvons la véritable diathèse, à évolution lente et chronique, souvent périodique avec petites poussées fréquentes chez le même individu et affectant tantôt un organe, ou un membre, tantôt un autre. La plupart du temps, les malades ne s'en plaignent pas, et ne viennent consulter que lorsque les douleurs sont trop violentes et empêchent leur travail complètement.

Comme corollaire on trouve aussi de nombreuses cardiopathies. Les confrères que nous avons interrogés à ce sujet ont été unanimes à constater ce fait dans ce pays.

Quant à l'alcoolisme, l'un des facteurs les plus fréquents de la paralysie générale, nous le rencontrons dans les populations fribourgeoises à tous les pas. Malgré tout ce que l'on a fait ou cru faire en Suisse pour enrayer ce terrible fléau, il abonde partout, il surabonde dans notre canton, sans que malheureusement on soit bien armé contre lui (1).

Il y a d'abord le *schnaps*, le terrible *schnaps*, qui chaque année fait des multitudes de victimes. Est-ce que le monopole de l'alcool a donné les résultats qu'on fondait sur lui ? Nullement : on s'intoxique tout autant ; on distille partout la cerise, la pomme, la prune, etc.

Dans chaque ferme, on ne part pas au travail sans avoir ingurgité quelques verres d'eau-de-vie, et dans quelques gros domaines, le tonneau de vin et le tonnelet d'alcool sont là, sur le théâtre du travail, à la merci de chacun des travailleurs.

(1) Le canton de Fribourg vient de voter (1904) une loi restreignant les heures de vente des boissons fermentées à l'exporté et établissant des conditions spéciales.

Il y a ensuite le vin, les vins blancs, surtout vaudois et valaisans, dont on fait dans le canton d'énormes consommations.

On a prétendu que si l'alcool, l'eau-de-vie portaient à la sclérose, le vin de son côté prédisposait plutôt à la stéatose, certains vins par exemple mènent à la cirrhose hépatique, etc.

Sans vouloir, ni discuter ni résoudre cette question, ce qui serait au-dessus de nos forces et en dehors de notre programme, nous retiendrons seulement ce fait que tous les alcools et tous les vins n'agissent pas d'une façon identique. Outre la prédisposition individuelle (hérédité, dégénérescence, etc.), il faut encore tenir compte de la nature même de l'origine de l'alcool ingéré (vin, grains, fruits, racines, etc.). Chacun, croyons-nous, peut avoir un *modus agendi* différent sur la cellule nerveuse, *modus* auquel il faudrait encore ajouter la formule individuelle de l'intoxiqué. Problème bien complexe!

Il en est de même pour les vins. Chacun a son goût particulier, l'arome, le fumet comme l'on dit, le bouquet, voire même le goût de terroir pour les médiocres. Un habile dégustateur ne s'y trompe pas. Ce « bouquet spécial » tient non seulement à la nature du plant, mais encore et surtout au crû, c'est-à-dire à un ensemble de conditions climatiques et telluriques très complexes et variables.

Il y a là tout un ensemble de conditions encore mal déterminées qui font de la question une équation obscure à inconnues multiples, mais certes non négligeables.

Si tous les vins n'ont pas une composition semblable, ne peut-on pas supposer que chacun peut, par un de ses éléments particuliers, jouant alors le rôle de dominante, agir sur un centre nerveux différent?

Tels, par exemple, les vins blancs *cuvés* du Valais et en particulier l'Humagne et le Coquimpey. Laissez-vous aller à la tentation de faire plus que de les déguster, vous serez rivé à votre chaise, « les jambes coupées », à peu près paraplégique. Ils troublent peu le cerveau d'abord, et agissent probablement d'une façon locale et inhibitrice sur le centre moteur des membres inférieurs, grâce à un principe spécial qu'ils renferment. C'est une ivresse si l'on veut, mais d'un autre genre et dont l'action, toujours identique à elle-même, se reproduit chez tous les individus.

On voit par là combien est complexe cette action des alcools, des essences, et même des vins, et combien il est difficile de donner une formule, si vague soit-elle.

Quoi qu'il en soit, les excès de boisson, telle est la plaie de notre canton, la ruine de bien des paysans aisés. Il est vraiment triste de voir les jours de marché, de foire, les établissements se remplir d'hommes, de femme, souvent d'enfants pour qui un verre de vin est le plaisir suprême, la dernière gourmandise, et qui dépensent parfois en quelques heures le produit d'un long travail, le produit d'un bon marché.

Nous pouvons affirmer que la moitié à peu près des psychoses soignées à Marsens reconnaissent pour cause des excès de boisson, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Ainsi nous trouvons :

	Sur 102 entrées en 1900.	Sur 82 entrées en 1901.
Délirium.	4	1
Alcoolisme chronique	10	11
Démence alcoolique.	1	2
Pseudo paralysie générale alcoolique.	2	1
Délire hallucinatoire alcoolique	4	2
Soit au total. . .	21	17

formes d'alcoolisme vrai, ou 20,5 p. 100 d'aliénés sans compter les autres formes d'aliénation qui, sans être classées comme formes alcooliques franches, reconnaissent l'alcool comme cause (délire systématisé, épilepsie, etc.). En outre, il est rare, qu'on nous amène les cas de délirium, sauf lorsqu'il s'agit de cas excessivement graves et tenaces.

En dehors du schnaps, et du vin, les autres boissons fermentées ou alcooliques sont surtout représentées par la bière. Quant aux liqueurs fortes, apéritifs, absinthe, etc., on leur trouve de moins nombreux adeptes, sauf dans les grands centres où l'on rencontre un plus grand nombre de personnes et d'ouvriers qui ont voyagé à l'étranger et en ont rapporté ce goût des alcools forts. A la campagne, on préférera, et avec raison, un demi-litre de vin à une absinthe. Mais si le demi-litre bu, on s'arrêtait là !

Est-ce à dire qu'en faisant autant d'excès alcooliques, les Fribourgeois aient plus de tendance à devenir paralytiques ?

Nos douze observations ne nous révèlent qu'un nombre relativement restreint d'alcooliques. L'observation I, probablement ; les observations III et VIII ont fait des excès évidents, de grands excès même, ainsi que XI. C'est donc le tiers de nos paralytiques. Mais quelle est la proportion des alcooliques traités à l'asile soit pour alcoolisme pur, soit pour aliénation due à des excès de boisson par rapport aux alcooliques non internés et qui en seraient susceptibles ?

Bien faible, évidemment.

Nous devons à la vérité d'ajouter que si nos paysans s'enivrent volontiers, la grande majorité se repose entre ses excès, de sorte que la véritable intoxication qui chez d'autres se fait à petites doses, répétées, lentement mais sûrement, ne se produit ici que rarement, grâce à

ces excès plus ou moins éloignés, entrecoupés de périodes de tempérance. L'intoxication est donc moins active.

Arrivons enfin à la grosse question de l'étiologie paralytique, la syphilis. Voilà certes déjà longtemps qu'on bat et rebat ce sujet, qu'on le fouille dans tous les sens et qu'on accumule statistiques sur statistiques. On y revient toujours, et toujours on aboutit à une certaine incertitude.

Les uns avec M. Régis prétendent que 85 p. 100 des paralytiques généraux ont eu la syphilis; d'autres n'admettent que le 8 à 10 p. 100 et même moins; de sorte qu'entre ces deux chiffres, on se demande encore quel est le rôle exact de la syphilis. Certes il est difficile et délicat de le préciser.

Nous ne voulons ni rappeler la polémique scientifique qui s'est élevée à ce sujet, ni y prendre part; elle n'est pas terminée, même après les tentatives d'inoculation de la syphilis à des paralytiques, tentatives que l'on ose à peine rappeler. Et encore dans ce cas faudrait-il tenir compte de la possibilité de la réinoculation de la vérole, adoptée par certains auteurs.

Il est un fait certain, c'est que si l'on cherche systématiquement la syphilis chez les paralytiques qui sont soumis à l'observation, on la trouve assez souvent, d'abord parce qu'on la cherche avec ténacité, ensuite parce qu'elle existe réellement. Il faut ajouter aussi que certains observateurs, peu scrupuleux, l'indiquent comme positive dans bon nombre de cas où elle est plus que problématique. Il ne suffit pas que le sujet observé ait eu des relations avec un ou une syphilitique ou qu'il ait pris des remèdes plus ou moins secrets, etc., etc., voire même de l'iodure, pour qu'on puisse affirmer la diathèse. De là des statistiques fausses. Pour nous, nous n'avons trouvé chez nos douze malades que deux cas

absolument certains (Obs. VI et X) ; dans quatre autres cas la syphilis était ou douteuse ou probable (Obs. V, VII, XI et XII) ; nous n'avons pu avoir ni preuves tout à fait sûres, ni personnes capables de nous donner des renseignements précis.

« Il est certain, disait M. D. Brunet à la réunion de
« la Société médico-psychologique du 28 mars 1898 (1),
« qu'on trouve plus souvent qu'autrefois des antécédents
« syphilitiques chez les paralytiques généraux, parce
« que l'attention étant attirée sur ce point on les
« recherche avec plus de soin, avec plus de persistance.
« Mais comme ces antécédents manquent dans un cer-
« tain nombre de cas, ce que ne nient pas les partisans
« les plus convaincus de cette étiologie et qu'ils coïn-
« cident souvent avec le surmenage cérébral et l'alcoo-
« lisme, la fréquence de ces antécédents ne suffit pas
« pour prouver d'une manière certaine que la syphilis
« est la cause principale, presque exclusive de la para-
« lysie générale, comme on le prétend aujourd'hui.
« Pour démontrer cette étiologie sans qu'aucune con-
« testation soit possible, il faut qu'elle puisse expliquer
« tous les faits, constater que la paralysie générale et
« la syphilis ont partout d'étroites connexions que l'une
« croît et décroît en même temps que l'autre. »

Or depuis les travaux et les recherches du D^r Meilhon (2), on admet que les Arabes en grande partie syphilitiques ne sont que rarement paralytiques et ne le deviennent qu'en abandonnant leur vie frugale, leurs petits centres d'habitation, leur sobriété et les règles sévères du Coran pour venir dans les grandes villes se mêler à la vie européenne, au surmenage et aux excès de toutes sortes que cette vie entraîne. L'opinion des

(1) Voir *Ann. méd.-psych.*, mai-juin, 1898, p. 465.

(2) Voir *Ann. méd.-psych.*, mai 1891, p. 384.

médecins et des spécialistes d'Algérie, de Tunisie est à ce sujet digne de foi.

Et en Abyssinie où la paralysie générale est inconnue, la syphilis atteint les 80 p. 100 de la population !

« On nous dit alors, continue M. D. Brunet (1), que ce sont des peuples chez qui la vie cérébrale ne se manifeste pas avec la même intensité que chez nous ; que leur cerveau ne se fatigue pas, n'est pas surmené comme le nôtre. Mais alors cela prouve que la syphilis à elle seule ne suffit pas à produire la paralysie générale, qu'il faut encore autre chose, et c'est précisément ce que nous soutenons. »

Or, cette autre chose, on a voulu la trouver dans la civilisation, avec ses conséquences, les excès de toutes sortes qu'elle entraîne, les besoins qu'elle fait naître, le surmenage constant, la surexcitation nerveuse sans paix ni trêve, etc.

Et de fait, lorsqu'on jette un coup d'œil en arrière et que l'on compare ce que sont les arts, les sciences, l'industrie, en un mot toutes les branches de l'activité humaine, avec ce qu'elles étaient il y a un siècle, on ne peut s'empêcher d'être étonné, stupéfait même, et d'admirer le génie de l'homme.

Le canton de Fribourg n'est pas resté en arrière ; il a suivi la marche en avant comme la plupart des régions de l'Europe et ressenti les bienfaits de la civilisation. Si l'on n'y trouve pas de ces grosses agglomérations de population comme il y en a en France, en Angleterre, etc., le commerce et l'industrie n'y sont pas moins prospères : les fabriques de toutes sortes y sont nombreuses, et disséminées à peu près sur tous les points du canton ; les installations électriques y sont des plus importantes, et nombreuses, distribuant par-

(1) V. *Loc. cit.*, p. 474.

tout la force et la lumière, enserrant le pays entier dans un vaste réseau métallique, comme le ferait une gigantesque araignée dans son filet ; les chemins de fer sillonnent à peu près toutes les vallées, se croisant dans tous les sens, activant partout le commerce et l'industrie.

Et cependant, le Fribourgeois paraît encore réfractaire à la paralysie générale ; il accueille la civilisation à bras ouverts, il sait en tirer parti et en accepter les bienfaits, mais il ne s'abandonne pas encore à toutes ses conséquences : amour du luxe, surmenage, etc.

Considérez chez lui le paysan fribourgeois. Peu ambitieux par nature, se contentant de peu, il mène une vie simple, exempte des raffinements de notre siècle ; son existence est de celles qu'on caractérise d'un mot : la vie patriarcale.

Les familles très nombreuses sont communes : quatre ou cinq enfants sont la règle à peu près générale, il n'est pas rare de voir huit ou dix enfants assis autour d'une même table avec le père, la mère, parfois même les grands parents ; nous avons connu des familles de quinze, seize enfants.....

Les vieillards y sont nombreux, gais et alertes, malgré leurs quatre-vingts ans et plus.

La nourriture est simple et frugale, même chez les gens fortunés. Le laitage sous toutes ses formes, associé ou non à du café, constitue, avec quelques légumes : pommes de terre, choux, etc., et un peu de viande fumée, la base de la nourriture. Des fruits, lorsqu'il y en a, de la viande fraîche assez rarement, tel est le *modus vivendi* de ce peuple rural. Dans les villes, la plupart des familles sont demeurées fidèles aux vieilles traditions : simplicité et frugalité.

Si ce n'était la boisson, — et nous avons vu que des intervalles de tempérance, souvent assez longs, modé-

raient ces écarts, — on pourrait dire que ce peuple en général commet peu d'excès.

Pour le caractère, le Fribourgeois est calme et tranquille; il ne s'émeut pas volontiers. Par lui-même, il s'occupe peu d'industrie, laissant cette branche aux étrangers; il préfère l'agriculture.

Ce calme se retrouve partout, aussi bien dans la vie matérielle que dans les affaires et la conversation; mais c'est une lenteur dont on ne saurait le blâmer. « Parler comme un Français », est une expression que nous avons plus d'une fois entendu sortir de la bouche de nos infirmiers au sujet de malades agités, parlant avec volubilité. « C'est un français », dit-on encore d'une personne débrouillarde, active, pétulante.

Avec un tel caractère, le *struggle for life* se trouve réduit à son minimum. Jouissant d'une certaine aisance, il vit content de son sort, n'ambitionnant ni les honneurs ni de grosses fortunes. Laissez au Fribourgeois sa liberté, il sera heureux pourvu qu'il ait du pain à manger et de l'eau à boire. Non, la lutte pour la vie est ici très restreinte; chacun supporte ses charges, travaille et arrive assez facilement à nouer les deux bouts. Seules les luttes politiques ont le don de l'émonvoir; mais celles-ci sont rares et de courte durée.

Tel est à notre avis le motif pour lequel la paralysie générale est rare dans le canton de Fribourg.

Si nos constatations cliniques faites à Marsens nous ont amené à constater ce fait, nous aurions sans doute encore attendu, avant de formuler cette conclusion, que de nouvelles observations soient venu confirmer notre opinion primitive. Mais le travail du D^r Remy, signalé plus haut, vient, ce semble, nous apporter l'appoint suffisant de son expérience personnelle pour pouvoir exprimer notre opinion.

Après vingt-trois ans de suppléances, notre collègue

était on ne peut mieux autorisé à élever la voix dans ce sens.

Son travail publié dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* nous a fait connaître indirectement un autre travail sur le même sujet, publié bien antérieurement, et peu répandu malheureusement, par le D^r Rabow, ex-professeur à l'Université de Lausanne, et alors directeur de l'asile de Cery (1).

Après avoir, dans une série de tableaux statistiques tirés de l'Allemagne, établi la comparaison avec l'asile de Cery, M. le Professeur Rabow s'exprime ainsi (2) :

« Après avoir indiqué la situation assez heureuse du Vaudois en face de la paralysie générale, il s'impose à nous d'en chercher la cause et d'en donner une explication suffisante.

« La chose n'est pas facile, mais nous réussirons peut être en considérant avant tout le caractère et les mœurs du Vaudois.

« Les causes morales n'exercent pas ici la même influence qu'ailleurs. Le tempérament du Vaudois est tranquille et paisible, sans ambition et sans orgueil. Dans son pays il n'y a pas de grandes villes — et la paralysie est en première ligne une maladie urbaine.

« La population s'occupe plutôt d'agriculture que d'industrie et jouit d'une certaine aisance. On ne se livre pas à la spéculation hasardée et ne cherche pas fiévreusement à acquérir de la fortune. La lutte pour l'existence n'y est pas trop dure. On arrive encore à son but sans beaucoup de surmenage intellectuel. En un mot la vie facile et le caractère calme et modeste ne sont pas favorables au développement de la paralysie. »

(1) Remarques sur l'étiologie de la démence paralytique en général et sur son existence dans le canton de Vaud en particulier, par S. Rabow, 1892 (Recueil de l'Université), 11 pages.

(2) *Loc. cit.*, p. 9 et 10.

Nous ne rougissons pas d'avoir, à dix ans de distance, pensé et répété ce que M. le professeur Rabow avait écrit; nous sommes heureux au contraire de nous rencontrer avec lui et de nous appuyer aujourd'hui sur son autorité que nous ne connaissions pas lors de nos premières remarques.

Mais voici encore un autre appui à notre opinion. Dans une « Note sur la paralysie générale à l'asile de Saint-Alban (Lozère) », le Dr Charon trouve qu'à vingt ans d'intervalle, dans un même pays, la paralysie générale n'a pas augmenté du tout, malgré la construction d'un chemin de fer, malgré l'application de la loi militaire qui expose le paysan à différents dangers, tels que propagation de la syphilis, malgré en un mot l'arrivée de la civilisation, et cela uniquement parce que le Lozérien a conservé son genre de vie primitif et patriarcal (1).

Aussi ne nous étonnerons-nous pas d'une constatation qui ressort de onze observations sur les douze publiées (et encore nous ne garantirions pas, vu l'absence de renseignements précis, que celle qui fait exception (Obs. III) ne rentrerait pas, elle aussi, dans la même catégorie, si nous avions pu obtenir des détails précis), nous ne nous étonnerons pas, disons-nous, du fait que ces malades *sont sortis de leur pays d'origine, sont allés à l'étranger ou dans de grandes villes*, se sont mêlés à la vie hasardeuse, pleine de fatigue cérébrale, de surmenage, d'excès de toutes sortes, vie que l'on accuse d'être une cause déterminante de la paralysie générale.

« En examinant l'anamnèse de ces 47 Vaudois (sur
« 2.400 Vaudois en dix-sept ans, soit 1,1 p. 100), con-
« tinne M. le professeur Rabow (2), victimes de la

(1) Voir *Annales méd.-psych.*, mars-avril, p. 217.

(2) *Loc cit.*, v. p. 9.

« paralysie, nous trouvons — chose digne d'être notée,
« — que plus des trois quarts d'entre eux ont passé
« leur vie dans les grands centres de l'étranger. C'est
« là qu'ils ont contracté leur mal!

« Ne pourrait-on pas en déduire que le canton de
« Vaud est un pays peu propre au développement de
« la paralysie générale? J'ose affirmer que le Vaudois
« restant dans son pays est relativement réfractaire à
« cette terrible affection. »

Nous n'avons pas voulu nous en tenir à notre seule statistique du canton de Fribourg qui par elle-même n'est pas assez importante pour en dégager des conclusions. Nous avons recherché si, dans les autres asiles de la Suisse romande, la constatation que nous avons faite à Marsens et qui avait été faite à Lausanne avant nous, était générale et continuait à exister dans le canton de Vaud. D'après les renseignements que nous ont obligeamment fournis nos collègues de Bel-Air (Genève), Cery (Lausanne) et Préfargier (Neuchatel), nous verrons que nous arriverons sur ce point à une conclusion à peu près identique (1).

En ce qui concerne le canton du Valais, nous pouvons dire qu'il est impossible de donner une statistique quelconque : jusqu'à la fin de 1901, ce canton n'avait pas d'asile spécial et ne nous envoyait qu'un nombre de malades très restreint et sans aucun rapport avec la population.

Les malades que nous recevions étaient généralement placés d'office par la justice ou la police, fait rare dans nos contrées, ou ceux qui jouissaient d'une certaine fortune.

(1) Nous adressons ici nos sincères remerciements à nos collègues, MM. les D^{rs} Weber, Müller, Mahaim, Godet, etc., etc., de l'extrême obligeance qu'ils ont mise à faire les pénibles et ingrates recherches que nous leur avons demandées à ce sujet.

Voici en effet, le relevé du nombre des Valaisans soignés à Marsens les dix dernières années.

1892.	5	1897.	13
1893.	10	1898.	16
1894.	2	1899.	17
1895.	14	1900.	20
1896.	11	1901.	10

Total 118 malades, ce qui donne 12 malades en moyenne par an.

Le Valais compte plus de 114.000 habitants, un peu moins que le canton de Fribourg (128.000), ce qui donne une proportion approximative de 1 aliéné soigné pour 1000 habitants en dix ans, et encore un certain nombre de malades ont été placés à plusieurs reprises. Il est inutile de dire que ce nombre de 1 p. 100 est inférieur à toutes les données statistiques connues. Or, le Valais n'échappe pas à la loi moyenne générale.

Néanmoins nous avons vu que, pendant ces cinq dernières années, nous avons soigné 3 paralytiques généraux valaisans qui figurent dans nos 12 observations, ce qui donne la proportion suivante en cinq ans :

Valaisans soignés 76 ; paralytiques 3 ; ou 3,9 p. 100.

Ce pourcentage se rapproche beaucoup de celui que nous avons établi pour Fribourg (3,8). Nous savons en outre que le Valaisan se rapproche énormément du Fribourgeois pour les habitudes, les mœurs, le caractère, etc. ; nous pouvons donc assimiler pour le sujet qui nous occupe le Valais et Fribourg.

Dans les trois autres cantons de la Suisse romande, nous trouvons, pour les deux dernières années, les chiffres et proportions suivantes :

	ENTRÉES		PARALYTIQUES		
	Total.	Du canton.	Total.		Du Canton
			B.	F.	
1900					
Bel-Air (Genève).	121	43	16	7	8
Cery (Vaud).	223	163	10	3	12
Préfargier (Neuchâtel).	55	35	3	0	2(1)
1901.					
Bel-Air	240	113	18	6	11
Cery	244	199	14	8	19
Préfargier.	64	43	2		2

(1) Nous avons supprimé de notre statistique tous les malades qui, pendant les années considérées, étaient entrés ou sortis plusieurs fois, pour ne tenir compte que du premier placement.

On obtient alors le pourcentage suivant (1900 et 1901) pour les aliénés de chaque canton dont ils sont originaires.

Bel-Air.	12,8
Cery	8,6
Préfargier.	5,1

Si nous poussons plus loin nos investigations et examinons le détail des paralytiques généraux de chacun de ces asiles, nous pouvons établir succinctement les tableaux suivants :

AGE	SEXE	PROFESSION	SYPHIL- TIQUE	ALCOOLI- QUE	A VOYAGÉ	DERNIER SÉJOUR
BEL-AIR (1904 seulement).						
55	Féminin.	Domestique.	Oui.	?	France.	Ville.
68	Masculin.	Professeur.	?	Oui.	Amérique.	Genève.
40	—	Magasinier.	?	Oui.	Non.	Genève.
52	—	Cocher.	Oui.	Oui.	France.	»
49	—	Forgeron.	?	Oui.	Non.	»
58	—	Horloger.	?	Oui.	Non.	»
45	—	Maçon.	?	Oui.	États-Unis.	»
44	—	Journalier.	?	?	France.	»
56	—	Serrurier.	?	?	?	»
60	—	Jardinier.	?	?	Non.	»
CERY (1900 et 1904).						
42	Masculin.	Employé d'hôtel.	?	?	Paris, Russie, Amérique.	Paris.
55	—	Employé de bureau.	?	Oui.	Non.	Lausanne.
46	—	Agriculteur.	?	Oui.	Non.	Montreux.
39	—	Marchand de vins.	Oui.	Oui.	Non.	Berne.
55	—	Agriculteur.	?	Oui.	Non.	Campagne.
43	—	Cocher.	Probable.	Oui.	Paris.	Genève.
34	—	Ferblantier.	Douteux.	Non.	Genève.	Lausanne.
37	—	Cocher.	?	Probable.	Paris.	Lausanne.
47	—	Horloger.	?	?	?	Petite ville.
27	—	Employé de commerce.	?	?	Non.	Lausanne.
56	—	Négociant.	Douteux.	?	Non.	Campagne.
33	—	Comptable.	Oui.	Oui.	Non.	Petite ville.
42	—	Commissionnaire.	?	Oui.	Paris.	Lausanne.

AGE	SEXE	PROFESSION	SYMPHIL- TIQUE	ALCOOLI- QUE	A VOYAGÉ	DERNIER SÉJOUR
CERY (1900 et 1904, suite).						
47	Masculin.	Menuisier.	?	Oui.	France.	Neuchâtel.
36	—	Horloger.	Probable.	Oui.	France.	Lausanne.
52	—	Agriculteur.	?	Oui.	?	Campagne.
42	—	Coiffeur.	Oui.	Oui.	?	Vevey.
60	—	Diverses professions.	?	Oui.	?	Campagne.
51	—	Vacher.	Probable.	Oui.	?	Campagne.
37	—	Garde forestier.	Oui.	Non.	Non.	Campagne. ?
43	—	Vagabond.	?	?	?	Diverses.
45	Féminin.	Colporteuse (mariée).	?	?	Oui.	Lausanne.
44	—	Cuisinière (célibataire).	?	?	?	Grandson. ?
36	—	Cigarière (célibataire).	Oui.	Oui.	?	Campagne.
49	—	Cuisinière (mariée).	?	Non.	Non.	Genève.
52	—	Ménagère (mariée).	Oui.	?	Genève.	Campagne.
56	—	Ouvrière (mariée).	?	?	Non.	Genève.
41	—	Ménagère (mariée).	?	Non.	Non.	Montreux.
42	—	Ménagère (mariée).	?	?	Non.	Campagne.
36	—	Journalière (célibataire).	?	?	?	Campagne.
43	—	Cafetière (mariée).	Probable.	Oui.	?	
PRÉFARGIER (1900 et 1904).						
38	Masculin.	Horloger.	Oui.	Non.	Non.	La Chaux-de-Fonds.
43	—	Commerçant.	?	?	France.	Asile de Mâréville.
33	—	Militaire.	Oui.	?	Suisse.	Berne.
41	—	Marchand.	Probable.	Probable.	Russie.	Neuchâtel.

L'examen de ces tableaux nous fournit quelques données intéressantes.

En premier lieu nous constatons une absence à peu près complète de malades ayant exercé pendant leur vie une profession libérale (ingénieurs, médecins, etc.), et cela sur un total de 45 malades. Ce sont, la plupart du temps, des commerçants, marchands de vin, cochers, des ouvriers quelconques, peu d'agriculteurs.

Quelle est la cause de cette absence? nous ne saurions le dire.

On nous objectera que de tels malades, jouissant généralement d'une certaine fortune, sont peu disposés à venir se faire soigner dans les asiles publics, même lorsqu'ils sont pourvus d'un pensionnat distinct et bien établi. La maison privée leur offre un refuge parfois plus discret et plus en rapport avec leur condition sociale, leurs habitudes, etc. Aussi devrions-nous trouver, dans de tels établissements, une certaine proportion de paralytiques.

Nos recherches nous permettent d'établir que le fait n'est pas exact pour la Suisse romande. Nous nous sommes adressé aux onze établissements de ce genre que nous connaissons dans les cantons romands. Il n'y est entré en 1900 et 1901, que 5 paralytiques (4 Vaudois, 1 Genevois), dont 2 appartenaient au sexe féminin.

Est-ce que de tels malades vont chercher un refuge en France ou ailleurs? On conçoit les difficultés que présentaient des recherches complètes; nous ne pouvions et n'avons pas voulu les entreprendre; mais il est probable que nos investigations eussent été à peu près infructueuses, si elles avaient eu lieu. Il est inadmissible que de tels malades se dirigent tous, ou à peu près, au loin, ou bien que pendant deux ans cette catégorie de malades fasse complètement défaut.

Nous sommes donc disposé à admettre, chose beaucoup plus probable, que, dans la Suisse romande, la paralysie générale n'atteint pas, avec la même intensité qu'on le constate en France, les personnes exerçant une profession libérale.

Le tableau suivant, que nous ont obligeamment fourni les D^{rs} Christian et Ritti, établit le mouvement des malades à l'établissement de Charenton (Seine), qui ne reçoit que des pensionnaires aisés.

ANNÉES	ENTRÉES		PARALYTIQUES GÉNÉRAUX		POUR CENT		TOTAL d'ENTRÉES (h. et f.)	TOTAL des paral. génér. (h. et f.)	POUR CENT
	h.	f.	h.	f.	h.	f.			
1897	90	67	32	4	35,55	5,97	157	36	23,57
1898	69	81	24	3	34,78	3,70	150	27	18,00
1899	83	78	18	3	21,68	3,84	161	21	13,04
1900	100	90	36	3	36,00	3,33	190	39	20,52
1901	104	100	33	5	31,73	4,46	204	38	18,62
Total	446	416	143	18			862	161	

soit en moyenne 18,67 p. 100.

Pourquoi cette terrible affection semble-t-elle épargner à ce point les médecins, avocats, ingénieurs, de Lausanne, Genève, etc? Personne n'ira contester que dans ces villes on ne trouve des hommes éminents qui font honneur à la science et à leur pays. Ne se surmène-t-on pas à Genève comme à Marseille, Lyon, Paris ou ailleurs?

Les causes que l'on reconnaît d'ordinaire à la paralysie générale seraient-elles rendues inoffensives par certaines conditions, telles que le climat, par exemple? On pourrait certes émettre, à ce sujet, quantité d'hypothèses et discuter longtemps sur la question, sans être

pour cela plus avancé et sans arriver à une explication rationnelle. Nous constatons seulement ce fait qui a son importance.

Ce qui nous frappe en outre, dans le pourcentage établi précédemment, c'est le rapport évident qui existe entre la proportion de paralytiques et l'agglomération de la population. A cela rien d'étonnant, attendu que la paralysie générale est une affection essentiellement urbaine. C'est ainsi que nous trouvons 13 paralytiques sur 100 aliénés placés en traitement à l'asile de Genève.

Le canton de Genève, l'un des plus petits de la Suisse, est cependant l'un de ceux où la population est le plus dense (133.000 habitants pour 28.000 hectares). Il n'est pour ainsi dire que la banlieue de la ville de Genève qui compte dans son agglomération 108.000 habitants environ (1).

C'est donc une grande ville, où la paralysie générale doit être très fréquente. Les chiffres précédents confirment cette hypothèse. Cette affection atteint le pourcentage que l'on rencontre à Paris. Les tableaux suivants empruntés à M. le Dr Magnan, pour l'asile clinique de Sainte-Anne à Paris, à M. le Dr Devay, médecin en chef de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, et à M. Thomas, interne à l'asile de Bron à Lyon, nous serviront de comparaison.

(1) L'agglomération urbaine de Genève comprend, outre la cité elle-même, les communes des Eaux-Vives, Plainpalais, Carouge et Petit Saconnex. (Indication du Wochenbulletin.)

Asile clinique de Sainte-Anne. 1891-1901.

	TOTAL DES ENTRÉES			PARALITIQUES			PROPORTION des paralytiques généraux sur le total des entrées.		
	h.	f.	Total.	h.	f.	Total.	h. %.	f. %.	Tot. %.
1891	2.030	1.473	3.503	325	110	434	16,00	7,47	12,42
1892	2.051	1.583	3.634	328	120	448	16,00	7,58	12,33
1893	1.843	1.484	3.328	224	108	332	12,15	7,28	9,98
1894	2.072	1.668	3.740	300	137	437	14,48	8,21	11,68
1895	2.032	1.583	3.615	262	108	370	12,89	6,82	10,24
1896	2.088	1.669	3.757	270	137	407	12,95	8,21	10,83
1897	1.924	1.472	3.396	298	146	444	15,49	9,92	13,07
1898	1.890	1.535	3.525	340	124	464	17,99	8,08	13,55
1899	1.788	1.446	3.234	235	114	349	13,14	7,88	10,79
1900	1.872	1.473	2.345	299	137	436	15,97	9,30	13,03
1901	1.911	1.618	3.529	304	155	455	15,91	9,58	13,01
Tot.	21.502	17.004	38.506	3.185	1.396	4.581			

De 1891 à 1901 on obtient la proportion moyenne de 14,81 p. 100 chez les hommes, 8,21 p. 100 chez les femmes, c'est-à-dire : 11,90 p. 100 dans les deux sexes réunis.

Asile Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon.

	Entrées.	Paralytiques.	pour 100.
1901	180	42	23,33
1902	211	45	21,37
Total.	391	87	Moy. 22,25

Asile de Bron.

ANNÉE	ENTRÉES			PARALYTIQUES			POUR CENT		
	h.	f.	Total.	h.	f.	Total.	h.	f.	Total.
1900	267	268	535	60	30	90	22,47	11,19	16,82
1901	234	265	499	74	33	107	31,62	12,45	21,44
Totaux	501	533	1.034	134	63	197			

Moyenne totale : 19,05.

Il semble que, d'après ces tableaux, la proportion de paralytiques soit plus grande dans la région lyonnaise que dans la zone parisienne.

De son côté, le canton de Vaud compte une population de 282.000 habitants pour 322.300 hectares, c'est-à-dire une densité moyenne de population 23 fois moindre (le double de personnes sur 45 fois 1/2 plus de terrain). La grande majorité de cette population est rurale, et les villes de quelque importance sont peu abondantes dans ce canton : Lausanne renferme 47.000 habitants, Vevey, 12.000, et diverses localités de 4 à 6.000.

Dans le canton de Neuchâtel, nous trouvons 126.000 habitants pour 81.000 hectares. La partie urbaine comprend avec Neuchâtel (21.000 h.), La Chaux-de-Fonds (36.000 h.) et le Locle (12.000 h.), la moitié de cette population : le reste est essentiellement rural.

Tandis que dans le canton de Fribourg, qui comprend une surface de 166.000 hectares on ne trouve que 128.000 habitants, dont 25.000 au plus sont en agglomération urbaine (Fribourg a 16.000 habitants et 2 ou 3 centres de 2 ou 3.000 âmes). La population y est donc absolument rurale et très disséminée.

Si dans ces 4 cantons nous établissons le rapport entre le nombre de paralytiques soignés ces deux dernières années dans tous les établissements (privés et publics) de la Suisse romande et la population, nous trouvons la proportion suivante :

Genève.....	1,50	p.	10.000	habitants.	
Vaud.....	1,31	—	—	—	
Neuchâtel..	0,31	—	—	—	(le 1/5 ^e de Genève.)
Fribourg....	0,15	—	—	—	(le 1/10 ^e —)

Ces chiffres montrent que si la paralysie est fort rare dans le canton de Fribourg et rare à Neuchâtel, elle

atteint dans les deux autres cantons un pourcentage que l'on peut rapprocher de celui que l'on rencontre dans les autres pays.

Elle serait même relativement plus fréquente dans le canton de Vaud (rural) qu'à Genève (ville), car malgré l'énorme différence de la population citadine dans ces deux cantons, ce coefficient de paralytiques se rapproche beaucoup.

Existe-t-il un rapport entre cette proportion et la syphilis ? C'est possible, mais il est impossible d'affirmer quoi que ce soit. On sait combien la syphilis se cache, et combien il est difficile de la dévoiler parfois. De telles statistiques ne se publient pas et ne peuvent même pas être établies. Nous savons seulement que la vérole suit dans les grands centres romands la règle générale : elle est assez fréquente à Genève, Lausanne, La Chaux-de-Fonds, etc., mais elle est rare à Fribourg et exceptionnelle à la campagne.

Constatons aussi quels ravages fait l'alcoolisme dans ces contrées : dans la plupart des cas précités nous rencontrons l'alcoolisme au nombre des facteurs incriminés de paralysie ; les statistiques des asiles indiquent toutes une forte proportion de formes d'aliénation dues à l'alcoolisme.

Nous avons vu aussi quelle part importante nous accordions au caractère du Fribourgeois dans la production et l'éclosion de la paralysie générale. Cette condition existait identique pour le Vaudois il y a dix ans : le professeur Rabow l'avait constaté et signalé (1) ; mais aujourd'hui bien des modifications se sont introduites dans ces populations rurales.

La partie septentrionale de ce canton présente une telle analogie avec celui de Fribourg qu'on pourrait

(1) *Loc. cit.*

presque dire qu'il y a identité de caractère, de mœurs, d'habitudes, etc. Les territoires sont mélangés, les enclaves sont nombreuses, rien d'étonnant à ce que les populations présentent un caractère semblable.

Le canton de Neuchâtel est lui aussi rural et a gardé les anciennes coutumes.

La partie méridionale du canton de Vaud a, comme Genève, subi l'infiltration étrangère, surtout dans la région qui borde le lac Léman : c'est aussi la partie la plus peuplée et dans laquelle se trouvent les villes les plus importantes. C'est en même temps là que se rencontrent le plus de paralytiques.

Le dernier fait sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est celui que nous avons surtout signalé à propos de la statistique de Marsens : le séjour des malades à l'étranger d'où ils reviennent, soit paralytiques généraux déclarés, soit apportant avec eux les premiers germes de leur affection.

Rappelons qu'à Marsens les 11/12 de paralytiques soignés en cinq ans rentraient dans cette catégorie.

Les tableaux précités, recueillis dans les asiles voisins, nous révèlent un fait analogue.

Sur les dix Genevois (1901) nous en trouvons quatre ayant séjourné en dehors de leur pays natal et ayant mené une vie aventureuse.

Il en est de même pour douze paralytiques Vaudois sur trente et un et trois Neuchâtelois sur quatre, sans compter ceux sur lesquels on n'a pas de renseignements.

On n'ignore pas que les Suisses s'expatrient volontiers. Les uns vont se perfectionner dans leur métier, les autres chercher une meilleure condition ; certains sont attirés par des gains plus élevés que ceux qu'ils trouvent dans leur patrie, etc., etc., en un mot l'émigration est facile et nombreuse. S'il en est qui vont à la campagne continuer une existence à laquelle ils étaient

habitué dès leur plus tendre enfance, il en est aussi beaucoup qui vont à Paris, ou dans les grands centres, connaissent la misère et sont obligés pour vivre d'exercer parfois un métier quelconque.

Or, il est à remarquer qu'un ouvrier ou un agriculteur habitué à une vie calme, tranquille, exempte de surmenage, et se trouvant tout d'un coup plongé dans une vie fiévreuse, mouvementée, accidentée d'excès, parfois de débâche, où la lutte pour l'existence sera intense, se trouvera profondément déprimé, épuisé même. Son système nerveux se trouvera alors d'autant plus vite et d'autant plus profondément ébranlé qu'il n'aura jamais été habitué à ce surmenage et qu'il s'y trouvera tout à coup plongé au plus haut degré. Il en deviendra donc rapidement et inévitablement la victime.

On arrive alors tout naturellement à se demander s'il existe un rapport entre le nombre de paralytiques généraux, constaté dans les asiles romands, et le nombre d'émigrants.

Malheureusement, il n'existe aucune statistique des Suisses émigrant en Europe; elle n'est pas possible. Nous avons cependant pu réunir les documents nécessaires pour établir le nombre d'émigrants dans les pays d'outre-mer. Voici le tableau que nous pouvons donner de 1896 à 1900 pour les divers cantons romands.

Années.	Genève.	Vaud.	Neuchâtel.	Fribourg.	Valais.
1896 . . .	114	106	136	44	210
1897 . . .	86	118	107	21	76
1898 . . .	70	69	82	29	97
1899 . . .	104	73	75	20	79
1900 . . .	161	104	136	36	126
Total.	535	470	536	150	588

Il nous est facile de constater que ce sont les cantons frontières qui émigrent le plus facilement, tandis que le canton de Fribourg déjà plus central arrive en

dernière ligne. Mais ces chiffres ne donnent qu'une idée faible et inexacte de ce que peut être l'émigration en Europe; s'il est facile de s'embarquer pour l'Amérique, il est encore bien plus facile de passer la frontière.

Aussi n'arrivons-nous à aucune conclusion bien sérieuse sur ce point spécial; car si Fribourg fournit à l'émigration en Amérique et à la paralysie générale le coefficient le plus faible, on ne peut en dire autant du Valais et de Neuchâtel, qui viennent en tête pour l'émigration, mais sont bien plus épargnés que Genève et Vaud par la paralysie générale.

En résumé, plusieurs faits se détachent de cette étude comparative sans que cependant ils sortent des faits déjà connus.

Dans la Suisse romande comme partout ailleurs, la paralysie générale est une affection essentiellement urbaine. Plus le canton renferme de grandes villes, plus fréquents sont les cas.

Les excès de toutes sortes peuvent y conduire : le surmenage, les excès de boisson, la syphilis, entre autres, jouent un rôle important dans la genèse de cette terrible affection. Mais nous ne pourrions pas dire qu'à elle seule la syphilis soit la cause *sine qua non* de la paralysie. Sans doute on la trouve dans bon nombre d'antécédents, mais on pourrait peut-être aussi la retrouver dans un certain nombre d'autres affections si, dans chaque cas particulier, on voulait la rechercher avec la même ténacité qu'on le fait en présence d'un cas de paralysie générale.

Nous pourrions aussi nous demander pourquoi l'on tient tant à trouver dans la syphilis la cause exclusive de la paralysie générale. Qu'elle joue le rôle prépondérant, soit! c'est une certitude scientifique suffisamment acquise; mais les plus ardents défenseurs de cette théorie reconnaissent eux-mêmes que, dans les statistiques les plus favorables à leur manière de voir, 15 à

20 p. 100 des cas lui échappent. Donc à elle seule, elle ne suffit pas.

Ne peut-on pas au contraire admettre que la paralysie générale peut relever d'un certain nombre de facteurs? Pour une affection organique grave, une néphrite par exemple, on admet une série de causes très variables et différentes qui cependant aboutissent à la même lésion. Pourquoi la paralysie générale, le tabes, etc., ne pourraient-ils pas rentrer dans cette catégorie des maladies à causes multiples et différentes?

Pour nous, nous croyons que toute cause congestionnante et sclérosante peut à un moment donné entraîner le cerveau à la dégénérescence paralytique, et cela est d'autant plus vrai, d'autant plus rapide et plus intense que la cause déterminante est plus sclérosante comme la syphilis, ou congestionnante d'abord et sclérosante ensuite comme l'alcool. Tout toxique possédant ces caractères peut agir de même, surtout si son influence est intense et de longue durée. Une fois établi, le processus a une marche progressive. Mais tout n'est pas là.

Pourquoi, sur dix individus soumis aux mêmes causes, aux mêmes conditions, l'un deviendra-t-il paralytique et les autres non, alors qu'ils auront tous été soumis à des influences absolument identiques. C'est alors qu'il nous faut bien admettre l'action de la prédisposition, ainsi que l'a bien montré le D^r Rousset au Congrès de Lyon en 1891.

Ce facteur explique à notre avis la proportion de paralytiques plus considérable dans certains centres que dans d'autres, dans certains pays même. C'est ainsi que l'on jette la pierre à la civilisation. Ce n'est pas elle qui favorise la multiplication de la paralysie générale; elle ne fait qu'établir la prédisposition chez l'individu et si sur celle-ci vient se greffer une cause déterminante quelconque, syphilis, surmenage, alcoolisme, etc., la para-

lysie peut se développer. C'est à la prédisposition que nous rattachons le petit nombre de paralytiques observés dans les cantons de Fribourg, Valais et Neuchâtel, parce que les habitants, par suite du maintien de leurs habitudes, de leurs mœurs et de leur vie simple, ne sont pas encore ou sont mal préparés à recevoir cette terrible affection contre laquelle nous ne pouvons rien une fois qu'elle s'est développée.

Mais un jour viendra peut-être (puisse-t-il être encore très éloigné) où, grâce à l'émigration active qui se fait dans certains pays, grâce aussi à l'immigration étrangère, la paralysie générale acquerra droit de cité dans ces régions jusqu' alors indemnes et privilégiées. Nous sommes persuadé que ces deux moyens précités jouent un rôle important dans l'apparition de la paralysie dans certains pays. Ils agissent peu à peu, insensiblement, d'une façon tout à fait indirecte, en jetant dans une vie aventureuse, mouvementée, où ils trouveront accumulées toutes les causes nécessaires à l'éclosion de la maladie, des sujets habitués à une vie simple, facile, calme, et cela d'autant plus facilement et intensivement que ces individus auront été moins préparés à ce genre de vie.

Nous admettons donc une prédisposition acquise pour que la paralysie générale puisse éclore et se développer.

Mais il faut un certain temps pour que la prédisposition s'établisse. Dans une contrée la civilisation peut se développer rapidement en quelques années ; ces effets cérébraux ne se manifesteront que bien plus tard, souvent par hérédité.

Ceux qui quittent leur pays, se plongent subitement dans une existence raffinée, dans tous les excès, en subissent rapidement le contre-coup.

Et lorsqu'ils rentrent dans leur pays natal, leur système nerveux est ébranlé, épuisé. Ils apportent avec

eux la prédisposition, les germes de la maladie, heureux encore lorsqu'ils ne reviennent pas tout à fait malades.

Ainsi s'expliquent les cas rares de paralysie générale observés à Fribourg, et dans certaines autres contrées, et la progression rapide constatée à Lausanne depuis quelques années. Ainsi s'expliquerait peut-être aussi la constatation faite dans certains centres de l'hérédité de la paralysie générale.

Telle est pour nous l'explication de ce fait constaté il y a dix ans par le professeur Rabow, remarqué par le D^r Remy à Marsens, et que nous avons, après lui, essayé d'expliquer en envisageant la situation dans la Suisse française.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 AVRIL 1904

Présidence de M. BRUNET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Doutrebente, Marie, Gilbert Petit, Philippe, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Blin s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Wahl, s'excusant de ne pouvoir venir assister à la séance et lire sa communication annoncée ;

3° Des lettres de MM. Kéraval et Marie qui posent leur candidature à la place vacante de membre titulaire. — Commission : MM. Arnaud, Klippel, Semelaigne, Sollier, J. Voisin ;

4° Une lettre de M. José Ingegnieros, docent de pathologie mentale et nerveuse à la Faculté de Buenos-Aires (République Argentine), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Vallon, Semelaigne et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Situation actuelle de la colonie de Gheel*, par M. Peeters ;

2° *Lehrbuch der speziellen Psychiatrie für Studierende und Aerzte* ; par M. Alexandre Pilez ;

3° *Revue de neurologie et de psychiatrie*, par M. Haskovec ;

4° *Revue de l'Hypnotisme*, numéro d'avril.

5° *Journal la Tempérance*, numéro d'avril.

Rapport de candidature.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Christian, Dupain et René Semelaigne, rapporteur, d'examiner les titres et travaux scientifiques du D^r Giovanni Esposito, qui désire être admis parmi nous en qualité de membre associé étranger.

Le D^r Esposito, médecin au Manicomé interprovincial de Nocera Inferiore, dirigé par le professeur Domenico Ventura, est l'auteur de nombreux travaux. Je me bornerai à en citer quelques-uns, concernant la psychose polynévritique, le réflexe scapulo-huméral, la folie pellagreuse, les maladies mentales familiales. L'idée de ce dernier travail lui a été inspirée, dit-il, par les discussions de la Société médico-psychologique. Mais, après une étude approfondie de la question, il conclut en déclarant que, s'il existe des cas familiaux de maladies mentales, il n'y a pas de maladies mentales familiales.

Messieurs, je suis heureux de vous prier, au nom de votre commission, de bien vouloir accorder au D^r Giovanni Esposito le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Giovanni Esposito est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

Aperçu médico-légal sur les troubles mentaux post-traumatiques,

par MM. A. MARIE ET MARCEL VIOLET.

Au cours d'une étude que nous avons faite (et qui sera publiée ultérieurement) sur les relations entre les traumatismes craniens et les psychoses, nous avons été frappés de la multiplicité et de l'importance des problèmes médico-légaux qui en ressortent.

Les traumatismes craniens sont fréquemment suivis

de troubles mentaux que l'on peut diviser en immédiats, précoces et tardifs.

Parmi ces troubles mentaux, les uns, comme dit M. Christian, présentent un cachet spécial, lorsque le traumatisme a été la cause immédiate et directe de la folie. D'autres constituent le réveil d'un tare latente (héréditaire ou acquise), dont le traumatisme crânien est le réactif révélateur. D'autres, préexistants au traumatisme, en sont parfois même la cause, mais contractent de son fait des modifications de leurs caractères ou de leur évolution, soit aggravation, soit complication, soit rarement atténuation.

Sans vouloir ici nous étendre sur les aspects et évolutions cliniques des psychoses post-traumatiques, nous indiquerons brièvement :

1° Que l'on ne saurait faire entrer dans le cadre nosographique l'entité clinique : folie traumatique. Toutes les formes de troubles psychiques peuvent s'observer consécutivement aux traumatismes crâniens.

2° Les troubles mentaux suivant immédiatement le traumatisme sont en général bénins et curables. Toutefois on peut observer de véritables cas de démence précoce consécutive au traumatisme.

3° Les troubles mentaux tardifs sont en général incurables. Mais la cure des accidents immédiats ne saurait en rien faire préjuger de l'éventualité d'accidents tardifs incurables. A de très nombreux points de vue, criminels ou civils, que nous indiquerons tout à l'heure, le médecin légiste sera appelé à se prononcer sur la responsabilité ou la recevabilité des demandes d'indemnités des traumatisés du crâne anciens ou récents.

Il pourra prendre pour base d'appréciation, les éléments suivants :

1° Nature du traumatisme et ses conditions de réalisation.

2° Caractères de la psychose surajoutée.

3° Date d'apparition par rapport à l'accident traumatique initial.

4° Examen du sujet au point de vue des stigmates dégénératifs préexistants.

5° Etude de ses antécédents personnels et surtout héréditaires.

6° Appréciation des causes de toute nature (chagrins, fatigues, préoccupations, excès) de folie survenues entre le traumatisme et l'apparition de la folie.

1° En ce qui concerne la nature du traumatisme, il faut considérer successivement son siège, sa nature, propre, ses complications inflammatoires et autres.

En ce qui concerne son siège, nous rappellerons que nous ne nous occupons ici que des traumatismes crâniens. Il résulte, de l'examen d'une centaine de cas personnels ou empruntés aux auteurs, que les traumatismes de la partie antérieure du crâne entraînent plus fréquemment des démences incurables, que ceux de la partie moyenne provoquent plus fréquemment des troubles moteurs (épilepsie avec ou sans délire), que ceux de la partie postérieure entraînent souvent des démences, parfois associées à des troubles de la vision. Ces constatations sont en rapport avec les conceptions des physiologistes (Flechsig, Van Gehuchten, Gianelli, Bianchi, Clapham).

En ce qui concerne la nature propre du traumatisme, notons que l'on peut diviser les plaies produites en plaies non pénétrantes et plaies pénétrantes. Les plaies non pénétrantes peuvent s'accompagner d'enfoncement de la boîte crânienne, avec ou même sans enfoncement d'éclats de la table interne agissant comme un enfoncement, par la compression locale ou la contusion du cerveau. Les plaies pénétrantes peuvent succéder à des traumatismes de diverse nature (plaies par armes à feu, par instruments piquants, tranchants, etc.). Les désordres produits peuvent être très divers et l'on ne peut, ignorant le passage de l'instrument ou de la balle, localiser les dégâts à tel ou tel endroit du cerveau.

Enfin, l'infection est, dans quelques cas, un adjuvant pour la création des troubles mentaux, et il importe de tenir compte des soins chirurgicaux prodigués au moment de l'accident.

2° En ce qui concerne les caractères de la psychose post-traumatique, nous avons rencontré des troubles immédiats (agitation confuse avec délire continu, hallucinations ou illusions) fréquemment accompagnés de fièvre, et qui font partie des « déliants des hôpitaux de Régis » ; ils guérissent, à moins que les troubles se

prolongent (démence précoce avec ou sans épilepsie) ou s'accompagnent d'une amnésie ou d'une perversion mentale persistante.

Les troubles mentaux qui se montrent plusieurs mois ou plusieurs années après le trauma ne présentent rien de spécial dans leur symptomatologie qui les rattache aux affections organiques (paralysie générale, démence par lésion diffuse ou localisée) avec ou sans épilepsie, ou bien aux affections psychiques autres (délires plus ou moins systématisés ou généralisés) avec excitation ou dépression (intermittente ou alternante).

3° En ce qui concerne l'époque d'apparition des troubles mentaux par rapport au traumatisme initial, il est important de noter qu'une paralysie générale, se manifestant par des signes physiques peu de temps après un traumatisme, n'est pas l'effet de ce traumatisme qu'elle peut même avoir causé en raison de la maladresse préparalytique. Nous pouvons citer les cas de trois paralytiques généraux qui ont reçu des indemnités pour traumatismes provenant vraisemblablement de la maladresse dont nous parlons, et qui ont rapidement présenté des signes physiques et psychiques évidents de leur affection.

4° Il importe d'examiner particulièrement les stigmates dégénératifs préexistants, les antécédents héréditaires et les diathèses acquises. L'existence d'une syphilis antérieure, d'une intoxication alcoolique ou saturnine chez un traumatisé, complique le problème posé qu'il est très délicat de trancher soit en faveur, soit en défaveur de l'accidenté. Il est permis de penser que l'association du traumatisme à ces causes quel qu'en soit l'ordre de succession chez un même individu, a pu déterminer la psychose organique ou autre que l'un ou l'autre facteur isolé n'eût pu produire.

En ce qui concerne particulièrement l'intoxication éthylique, notons que l'idée d'un *delirium tremens* traumatique qu'avait eue Dupnytren, a été reprise ces dernières années par Régis et Meyssan, qui ont décrit un délire onirique post-traumatique, sans intoxication exogène particulière, semblable au délire éthylique.

D'autre part, d'observations personnelles, de celles aussi de M. Vallon, il résulte que l'affaiblissement

cérébral consécutif aux traumatismes peut produire une inclination malade à boire.

Le traumatisme peut également mettre à jour des prédispositions décelées tant par l'étude des antécédents héréditaires que par l'existence préalable de stigmates physiques et psychiques de dégénérescence.

C'est là un des côtés les plus troublants de la question. Certaines fois, un traumatisme léger cause des troubles délirants chez des déséquilibrés notoires (cas de Richardson, de Tissot), troubles qui comportent bien les caractères des psychoses et névroses dégénératives. D'autres fois, des tares flagrantes, une hérédité chargée, des intoxications multiples peuvent se rencontrer chez un traumatisé qui doit pourtant son trouble psychique au traumatisme. Tel est le cas d'un de nos malades, alcoolique, neveu d'alcoolique, fils et petit-fils d'aliénés, qui reçut un coup de couteau dans le pariétal ; la lame pénétra de 40 centimètres et sectionna la capsule interne gauche ; le malade devint épileptique et hémiplégique et est actuellement dément.

Des arrêts récents ont tranché la question des responsabilités *sans vouloir* tenir compte de la constitution antérieure du malade, alors même que des attestations médicales rapportaient à cette constitution même l'étiologie morbide. (Arrêts d'Orléans, 8 août 1900 ; de Nancy, 19 juill. 1901 ; de Saint-Quentin, 9 juill. 1903.)

D'autre part, la responsabilité d'un médecin peut se trouver engagée dans les questions d'assurance ou d'admission dans une administration ; car, lors d'un accident coïncidant avec des troubles mentaux après l'admission d'un postulant, le médecin qui l'a attesté bon à recruter ou à assurer peut se trouver moralement engagé vis-à-vis de ceux qui ont réclamé sa garantie et son examen.

Une pareille responsabilité peut incomber aux médecins des conseils de revision et des corps de troupe. Il serait à souhaiter qu'en France, comme en Angleterre et en Russie, certains conscrits et incorporés soient soumis à l'examen de médecins militaires psychiatres, qui recommanderaient les prédisposés de toute nature à l'attention des médecins régimentaires et même des chefs de corps non médecins.

Les médecins qui s'occupent du patronage des aliénés sortant guéris des asiles peuvent voir de même leur responsabilité engagée lorsqu'un accident survenu chez l'employeur coïncide avec une rechute de folie. L'employeur incrimine l'état mental, anormal; l'accidenté ou ses ayants-droit invoquent, au contraire, l'accident comme cause de rechute de folie.

Le médecin légiste peut aussi avoir à s'occuper des crimes ou délits perpétrés par un accidenté pendant la période d'automatisme somnambulique qui succède au choc et peut durer vingt-quatre heures et plus (cas de Sollier, de Christian, de Dubuisson, de Lacombe). Ces enquêtes « au criminel » sont d'une essence particulièrement délicate, en raison de l'amnésie qui suit l'accès somnambulique, et qui peut être simulée.

Les traumatismes peuvent être suivis d'impulsions érotiques ou dypsomaniaques capables d'amener l'accidenté devant les tribunaux (cas de Vallon). La responsabilité de l'accusé pourra être diminuée de ce chef.

Ces considérations ont également leur importance au point de vue de la justice militaire, soit qu'elles amènent l'enquêteur à dégager ou atténuer la responsabilité du soldat (cas de l'officier dipsomane de Vallon), soit qu'il s'agisse d'indemnités à accorder au sujet de folies traumatiques contractées en service commandé (cas de Dubuisson).

Le plus souvent, l'expert est appelé à apprécier le préjudice causé aux victimes d'un accident et le degré de responsabilité qui incombe aux compagnies et aux employeurs. La constatation d'une infirmité incurable : paralysie, perte d'un œil, surdité, etc., facilite singulièrement la tâche. En l'absence de ces accidents, l'intérêt de l'expert nous paraît devoir être de montrer la plus grande réserve pour l'avenir; car, après le retour du traumatisé à l'état normal, on ne peut affirmer que la guérison soit complète ou durable.

Mais ce qui constitue la plus grande difficulté de la tâche, c'est l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Cette loi ne vise que les établissements industriels, mais le public s'est chargé d'en opérer l'extension en fait (Lucas-Championnière). Les domestiques et employés se croient souvent fondés à récla-

mer des indemnités, et comme la loi ne fait rien pour eux, ils sont tout disposés à recourir à la justice pour faire des réclamations de droit commun qu'ils n'auraient jamais faites autrefois.

Au point de vue spécial qui nous occupe, notons qu'il est difficile et rare qu'un accidenté s'applique à simuler la folie assez bien pour prétendre tromper un expert psychiatre. La simulation de la part des victimes d'accidents se limite généralement à l'exagération des impotences et troubles physiques. Mais la famille complice peut parfois tramer, avec ou sans l'accidenté, un complot vis-à-vis duquel l'expert doit être en garde. Le placement volontaire dans un asile, suivi de production d'un certificat émanant de cet établissement et qui doit servir de pièce prouvant le bien fondé de la réclamation ultérieure, est une ruse ayant déjà servi (cas de Dubuisson) et dont l'expert doit être averti.

L'opportunité d'un spécialiste psychiatre s'impose donc en raison des questions de psychopathologie susceptibles de se poser à l'occasion des traumatismes accidentels du crâne. Elle ne serait pas de trop dans l'hypothèse de la simulation ordinaire et des névroses traumatiques hystériformes (Lucas-Championnière).

A ce seul point de vue, les quatre jours d'incapacité de travail sur lesquels il s'agirait de se baser pour apprécier le dommage présent et à venir sont un délai bien succinct, quand on se place sur le terrain psychopathique.

Au bout de quarante-huit heures, la loi demande à l'expert : l'état de la victime, les suites probables de l'accident, la date à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

Les réponses sont très difficiles à trouver au point de vue physique. Au point de vue mental, on devra se contenter de noter en détail : les stigmates physiques et psychiques de dégénérescence, s'il en existe ; les troubles mentaux immédiatement consécutifs à l'accident (amnésie en particulier), ou, à leur défaut, les troubles (céphalée, troubles moteurs ou sensitivo-sensoriels) du fonctionnement cérébral ; les antécédents héréditaires.

En ce qui concerne les suites probables de l'accident,

il y a lieu d'analyser les points suivants, au double point de vue physique et psychique :

1° L'infirmité dépend-elle de l'accident invoqué?

2° Peut-elle résulter d'une cause antérieure à l'accident?

3° Quelle est la marche de la blessure au point de vue de l'avenir des fonctions?

4° Le blessé qui a repris du travail depuis l'accident, a-t-il néanmoins subi une perte importante et appréciable de sa valeur?

5° Quelles sont les conséquences de cette perte au point de vue organique et psychique?

La folie par traumatisme accidentel peut réaliser les trois sortes d'incapacité prévues par la loi, soit dans des cas divers, soit dans un même cas où ces incapacités peuvent se succéder :

1° Il peut y avoir incapacité temporaire par troubles mentaux passagers immédiatement consécutifs à l'accident, troubles susceptibles de guérir ;

2° Après sortie de l'asile, il peut y avoir incapacité partielle du convalescent, diminué dans sa capacité mentale et inapte à reprendre les occupations antérieures sans pour cela être incapable de reprendre un travail cérébral moins complexe.

3° Enfin, en dehors de la mort, il peut y avoir incapacité permanente et absolue, soit immédiate par psychose ou démence incurable aussitôt après l'accident, ou médiate par psychose ou démence tardive après une apparente guérison avec ou sans incapacité partielle intermédiaire.

Ces questions sont rarement posées, jusqu'ici avec la loi nouvelle, mais il est probable qu'en un avenir prochain les ayants-droit d'un traumatisé aliéné, mieux instruits de leurs droits dans ces cas particuliers, ne manqueront pas, prochainement, de poser la question aux médecins.

DISCUSSION

M. LARIE. — Il est presque toujours très complexe de déterminer quelles seront les conséquences lointaines d'un traumatisme crânien. Les chirurgiens signalent des cas de traumatisme céphalique avec perte de

substance cérébrale qui ont été suivis de guérison complète en apparence. En réalité, les aliénistes constatent souvent chez ces mêmes malades des suites lointaines de l'accident sous forme de troubles psychiques.

Il faut songer à cette éventualité lorsqu'on est appelé à se prononcer sur l'état d'un sujet victime d'un accident du travail.

D'autre part, lorsque la relation de cause à effet entre l'accident et les troubles intellectuels est établie, la prédisposition nerveuse de l'accident ne dégage pas l'employeur. Lorsqu'un syphilitique devient paralytique général, à la suite d'un traumatisme cranien, il ne serait peut être pas devenu paralytique s'il n'avait pas eu d'accident.

Enfin la famille n'est pas seule autorisée à se faire indemniser : il semble juste que les départements aient le droit de mettre les frais d'assistance d'une victime du travail placée à l'Asile à la charge du patron responsable.

M. BRIAND. — L'expert recherche toujours quelle relation existe entre le traumatisme et l'état psychique. Malheureusement il ne peut connaître l'état psychique antérieur du blessé que par les renseignements de la famille, renseignements intéressés, qui représentent le malade comme ayant eu avant l'accident des facultés extraordinaires. Une observation plus complète révèle souvent, quand elle est possible, une tare dissimulée. J'observe actuellement un cocher de fiacre devenu mélancolique après une chute. J'avais d'abord pensé, d'après les renseignements, devoir attribuer les troubles mentaux au traumatisme. J'ai appris depuis l'existence d'une période antérieure de mélancolie avec idées de persécution. Je considère que l'influence du traumatisme a moins d'importance. La notion de la prédisposition est toujours à mettre en relief, mais les médecins experts sont plus disposés que les magistrats à en tenir compte.

M. VIGOUROUX. — L'importance du rôle pathogénique du traumatisme dans la genèse de la démence ou de la folie me paraît bien difficile à établir, même après l'autopsie. A l'autopsie d'un paralytique général classique, j'ai trouvé dans un lobe frontal une alle de

revolver adhérente à la table interne du crâne ayant perforé la dure-mère et la pie-mère et pénétré comme un coin dans la substance cérébrale. Cette balle n'avait provoqué aucune réaction inflammatoire autour d'elle : les lésions de méningo-encéphalite diffuse étaient banales. La présence de cette balle remontait à plus de cinq ans. Est-il possible de dire qu'elle a joué un rôle dans la genèse de la paralysie générale, et quel est ce rôle? Dans un cas de mélancolie sénile, j'ai trouvé trois balles dans un pariétal, sans aucune réaction. Enfin, dans un troisième cas, un paralytique général avait fait une chute quelques mois avant son entrée à l'asile. Ce malade était alcoolique, saturnin et syphilitique. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion traumatique. Peut-être la chute était-elle conséquence et non cause de paralysie générale. J'ai refusé à la famille de me prononcer à ce sujet.

M. BRIAND. — La question est d'autant plus complexe que tous les traumatismes craniens ne sont pas suivis de troubles psychiques. J'ai même connu un hypochondriaque de qui les préoccupations disparurent à la suite d'une tentative de suicide. Ce malade se logea une balle dans le front, balle qui pénétra dans le cerveau et y séjourna. Le malade regretta son acte et ne fut plus préoccupé que de sa guérison.

M. MARIE. — Il est indiscutable pourtant que certains traumatismes déterminent des troubles psychiques ou hâtent leur apparition. Voici un fait d'une solution difficile : un employé de chemin de fer, bousculé dans son service, fait une chute grave, vingt-neuf mois avant d'être un paralytique général avéré ; or, la paralysie générale a mis cet homme dans l'incapacité de travailler quelques mois seulement avant qu'il ait droit à une retraite. Aurait-il atteint ce terme sans le traumatisme ? Quels sont les droits de la femme de ce sujet vis-à-vis de la compagnie ?

M. VIGOUROUX. — Je reconnais l'importance du traumatisme dans certains cas. J'ai observé récemment un malade qui, ayant été renversé par une voiture, avait une fracture du bras et des contusions de la face jointes à une confusion mentale extrême. Ce malade mourut. A son autopsie j'ai trouvé une pachyméningite

hémorragique récente; il est bien probable que cette dernière avait été provoquée par le traumatisme.

M. VALLON. — M. A. Marie et son interne, M. Viollet, viennent de nous faire une leçon magistrale sur les troubles mentaux consécutifs aux accidents du travail. J'ai écouté leur communication d'une oreille attentive; je n'y ai rien remarqué de bien nouveau; en revanche j'y ai relevé plusieurs erreurs, notamment celle-ci, qui est très grosse. MM. Marie et Viollet avancent que les troubles *physiques* sont plus faciles à simuler que les troubles *psychiques*. C'est le contraire qui est vrai. Il est bien plus commode par exemple de simuler l'incapacité de travail intellectuel que le tremblement. En présence d'assertion de cette nature, je serais curieux de connaître les faits qui ont servi à ces messieurs à établir leur opinion. Car, j'aime à le supposer, ils ont observé de nombreux cas d'accidents du travail, avant d'écrire une étude d'ensemble sur cette question difficile. On ne peut pas faire de la synthèse avant d'avoir fait de l'analyse.

M. MARIE. — Nos observations seront publiées, nous n'avons pas cru devoir faire ici une communication trop longue. Notre but était d'attirer l'attention de la Société sur les difficultés médico-légales que peut susciter l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Un cas de folie à deux avec infériorité relative de l'organe actif,

par MM. G. DROMARD et J. LEVASSORT.

Le 24 février dernier, le quartier des Archives était mis en émoi par une scène de violence ayant pour théâtre un petit logement de la rue Elzévir. Deux femmes, la mère et la fille, s'opposaient avec vigueur aux incursions de la police, mandée par les locataires qu'indisposaient depuis longtemps des célébrations religieuses d'un rite tout à fait inconnu, mais particulièrement bruyant. L'une d'elles s'employait à barricader la porte, tandis que, par la fenêtre, l'autre distribuait sur la foule des curieux plusieurs casseroles d'eau bouillante. Ces deux femmes étaient connues de longue date pour l'originalité de

leur tenue et la bizarrerie de leurs propos. Néanmoins, ce ne fut pas sans de vives protestations, que le couple, se jugeant digne d'un tout autre sort, se vit conduire au commissariat puis à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

M^{me} X... est une femme d'une cinquantaine d'années, de taille et de stature moyennes, d'apparence calme et résignée, la parole brève, le geste sobre, mais avec une nuance très manifeste d'affectation et de solennité : « Dieu est descendu sur la terre, il y a plusieurs années, nous dit-elle ; je vous le présente dans la personne de ma fille Jeanne. »

M^{lle} Jeanne est une fille de trente ans, pâle et amaigrie, mais l'œil mobile, et d'une activité fébrile. Autant sa mère est compassée, autant elle est exubérante dans sa mimique, explosive dans son expression verbale et animée dans son débit. Au milieu d'un luxe tout à fait exagéré d'expressions physiologiques, elle déroule avec une volubilité remarquable une succession de phrases n'ayant entre elles aucun lien. Le polymorphisme de son délire n'a d'égal que son incohérence, et c'est à grand peine qu'on y débrouille des croyances de transformation, des interprétations mystiques et des conceptions baroques de grandeur et de persécution. « Elle est le Messie ; elle n'a jamais été enfantée car elle préexistait à toutes choses. Elle a la peau d'un animal ; elle se régénère comme un serpent. Elle est hermaphrodite et peut faire seule autant d'enfants qu'il lui plaît. Les animaux planent au-dessus des humains ; les nègres leurs sont inférieurs et les blancs occupent le dernier échelon dans la hiérarchie des êtres. »

Pendant ce discours, M^{me} X... est dans le recueillement. La voix de sa fille paraît exercer sur elle une étrange séduction, et elle est encore sous le charme de son organe, lorsqu'on la prie de donner sur tous ces faits quelques éclaircissements. C'est d'elle-même que nous tenons les renseignements qui vont suivre et non de M^{lle} Jeanne, laquelle nous paraît totalement incapable de les fournir.

M^{me} X..., d'origine israélite, nie toute hérédité morbide de son côté. Personnellement, elle s'est toujours bien portée, en dépit des privations matérielles qu'elle a dû subir, dans ces dernières années surtout. Son mari s'est suicidé en 1894, lui laissant trois enfants. Le premier est représenté par sa fille Jeanne. Le second, un fils qui devrait avoir vingt-sept ans, s'est suicidé à son tour en 1899. Le troisième mourut de convulsions en bas âge.

Jeanne n'eut aucune maladie grave dans son enfance, mais elle a peu fréquenté l'école, et elle ne fut jamais d'une intelligence brillante. Toutefois, elle manifesta du goût pour la musique, et, tandis que la mère tenait un petit commerce, elle

exploita ses dispositions en étudiant la mandoline, puis en donnant à son tour quelques leçons. Les deux femmes habitaient en commun quand survint la mort tragique de l'unique fils survivant. Cette mort fut pour l'une et pour l'autre une épreuve cruelle, outre qu'elle entraîna dans leur situation pécuniaire des modifications regrettables.

Les liens devinrent de plus en plus étroits entre la mère et la fille, qui n'eurent comme ressources, à dater de ce jour, qu'une très modeste pension, émanant d'un parent plus riche. Vivant de la même vie et en dehors de toute influence extérieure, partageant les mêmes sentiments, les mêmes craintes, les mêmes regrets, elles cherchaient à se consoler mutuellement et s'ingéniaient à lutter contre l'adversité, lorsque la fille manifesta certaines aspirations et présenta dans son langage, aussi bien que dans ses actes, des modifications qui n'échappèrent pas à la mère. Sombre et taciturne, peu bavarde autrefois, elle devint exubérante et loquace, se mit à causer sur tout avec une faconde étourdissante, composa des vers n'ayant aucun sens, écrivit des romans qui sont des chefs-d'œuvre d'incohérence, mania le pinceau au hasard, et se livra à des exercices d'acrobatie sur le piano dont elle ne connaissait que les éléments. Les idées délirantes que nous avons notées tout à l'heure remontent à la même époque, et, sur cette activité incoordonnée, sur ces conceptions puériles et décousues de la fille, nous allons voir s'édifier chez la mère un délire autrement mieux tenu et autrement plus cohérent.

Écoutons-la elle-même en décrire la genèse et en marquer les étapes : « Depuis deux ans, dit M^{me} X..., ma fille n'est plus ce qu'elle était. Elle lit dans ma pensée et ne se trompe jamais dans ses prévisions. Et puis, que diriez-vous d'une personne qui, n'ayant reçu aucune instruction, se met à produire du jour au lendemain les œuvres les plus variées ? Dans une période de onze mois, ma fille a écrit 56 pièces de théâtre et 200 monologues ; elle a fait plus de 600 dessins. Elle est capable d'élaborer plus de 50 compositions à l'heure. J'écris pendant qu'elle parle ; mais les idées se succèdent si vite dans sa prodigieuse cervelle que la plume du scribe a peine à les suivre. Je ne sais ce que vous pensez de tout cela, poursuit M^{me} X... ; pour moi, en présence de pareils faits, le jour où ma fille m'a dit qu'elle était Dieu, je me suis rendue à l'évidence. »

Ainsi M^{me} X... explique-t-elle parfaitement la genèse de ses conceptions. M^{lle} Jeanne se révèle à un moment donné dans ses paroles et dans ses actes comme une « personne extraordinaire » ; elle fournit des productions qui paraissent en désaccord avec la pauvreté de son instruction antérieure ; elle prétend même à la divination de la pensée. La mère, sans ins-

truction elle-même, ne sait pas discerner l'absurdité d'une élucubration littéraire ou musicale, et reste en admiration devant les modifications qui se sont produites chez sa fille. De là à l'envisager comme un dieu, il n'y a qu'un pas, et comme la fille elle-même lui tend une amorce de ce côté, elle la croit sur parole, se refuse à toute interprétation personnelle, et finit par conclure qu'en effet pareilles manifestations ne peuvent émaner que du Tout-Puissant lui-même. Dès lors, sa croyance est tout aussi fondée que celle d'un adepte qui croit à sa religion « parce qu'il faut y croire » ; c'est l'acceptation aveugle de la foi, c'est l'adhésion sans contrôle à toutes les propositions, même les plus absurdes. Quand on lui signifie la grossièreté de quelques-unes d'entre elles, M^{me} X... ne se laisse pas ébranler : dans sa logique, elle fait observer que les absurdités, lorsqu'elles émanent du dogme, s'appellent des mystères, et qu'aux mystères il ne faut pas toucher. D'ailleurs, elle ne fait pas de prosélytisme : « Je garde ma conviction, conclut-elle, mais je ne cherche pas à vous convaincre. »

Voici donc que Jeanne est le Messie attendu des Juifs. Et pourtant une femme n'accouche pas d'un Dieu, et M^{me} X... ne peut être raisonnablement la mère de l'être extraordinaire auquel elle croyait avoir donné le jour. Alors, M^{me} X..., pour souder ses aberrations actuelles à la réalité passée, doit bâtir de toutes pièces un délire rétrospectif. Elle a bien mis au monde une fille, mais elle se souvient maintenant que cette fille a subi des transformations. L'enfant, qui était brune, est à présent châtain. Ses yeux noirs ont pris une couleur de pervenche ; son nez, très plat, s'est effilé comme par enchantement, et cette véritable « mue » des qualités plastiques de la fille, s'est opérée petit à petit sous les yeux de la mère. Sa fille, à dater de ce jour, n'était plus sa fille ; la solennelle substitution était désormais consommée, mais, cette substitution, elle ne l'avait comprise que plus tard, lorsque Jeanne, alors âgée de vingt-huit ans, s'était révélée subitement avec les attributs que nous connaissons.

Puis, voici que de cette conception en découle tout naturellement une autre. Les êtres supérieurs sont voués à l'ingratitude des humains ; le martyr est la destinée des grands. Le Christ, qui était un prophète, fut persécuté ; Mahomet, qui en était un autre, le fut également. Qu'advient-il alors du vrai Messie, dans notre siècle d'iniquité ? M^{lle} Jeanne est inscrite d'avance au martyrologe, et, avec elle, sa mère adoptive. Voilà l'explication des insultes qu'on a proférées, des projectiles qu'on leur a lancés, des embûches qu'on leur dresse à chaque pas. Et, de même que M^{me} X... fait un délire rétrospectif pour asseoir ses idées mystiques, de même nous la voyons

encore délirer rétrospectivement quant à ses idées de persécution. Tous ses amis, tous ses parents font partie de la cabale, et elle s'explique aujourd'hui bien des faits antérieurs, restés sans interprétation jusqu'ici. On a réalisé autour d'elle de grandes fortunes. Or, les fortunes aussi rapidement faites ne disent rien qui vaille. Tous ces gens-là se sont engraisés à ses dépens, payés qu'ils étaient par les ennemis de Dieu. Voilà pourquoi son commerce a périclité, et pourquoi de vieilles relations se sont dissoutes depuis plusieurs années. Mais les misérables qui cherchent sa perte en seront punis, car la fille-Dieu n'est pas assimilable à M^{lle} Couesdon, laquelle n'était, dans l'espèce, qu'une contrefaçon. Elle n'est pas une simple voyante éclairée par son ange gardien ; elle est Dieu en personne, descendu sur la terre pour juger et punir. M^{me} X... prévient donc les personnes qui sont chargées d'examiner sa fille, qu'on ne fait pas un diagnostic sur un dieu, et elle leur donne le bon conseil de ne point la taxer de folie, sous peine d'être confondus dans la masse des persécuteurs et d'encourir par là même la disgrâce du Très-Haut.

Ni l'une ni l'autre des deux femmes ne paraît avoir été hallucinée. Elles racontent, il est vrai, qu'on les a injuriées ; elles parlent même de coups de fusils et de cris de mort, dans un récit que nous leur avons fait rédiger concernant l'affaire de la rue Elzévir. Mais l'étrangeté de leur existence les avait signalées à la curiosité publique et leur avait attiré des épithètes peu flatteuses ; leurs rapsodies, débitées de jour et de nuit, avaient certainement provoqué des marques d'impatience de la part des voisins, dont elles troublaient la tranquillité ; de sorte qu'il paraît y avoir là un substratum sensoriel effectif, et l'on doit plutôt songer à des interprétations délirantes, ou tout au plus à des illusions partagées en commun par la mère et la fille.

L'examen somatique n'a rien révélé chez la mère. La fille présente un certain degré de blésité ; sa voûte palatine est ogivale.

L'histoire dont nous venons de donner lecture, nous paraît évoquer des considérations intéressantes, en tant qu'observation de *folie à deux*.

Et tout d'abord, doit-on envisager le cas qui nous occupe comme un véritable exemple de folie en partie double, ou comme un délire dont les éléments sont simplement agréés à la faveur d'une crédulité exagérée chez une mère débile mais non aliénée dans la véritable acception du mot ? La réponse ne nous paraît souffrir

aucune équivoque. Quand il s'agit d'un simple fait de crédulité, l'influencé n'accepte généralement pas les parties les plus grossières du délire, ou s'il les accepte, il les modifie en les adaptant aux apparences de la réalité. D'autre part ses conceptions sont indécises, ses convictions sont mal affirmées dès qu'elles s'éloignent du cadre des choses possibles. Or, tel n'est point le cas de M^{me} X... qui épouse intégralement toutes les erreurs de sa fille, et les affirme avec la conviction la plus inébranlable. Au reste, nous voyons la malade faire un double délire rétrospectif concernant des faits anciens qu'elle apprécie personnellement, et cette considération prouve assez qu'elle délire pour son propre compte. Nous sommes bien en présence d'une véritable *folie à deux*.

Mais dans cette *folie à deux*, nous ne trouvons aucun des éléments que Lasègue et Falret considèrent comme classiques, et sur lesquels ils s'appuient pour faire de la *folie à deux* une *folie communiquée*.

D'après leur théorie, il faut : 1° que l'un des individus soit plus intelligent que l'autre ; 2° que le premier, primitivement aliéné, ait à la longue communiqué son délire au second ; 3° que ce dernier soit toujours moins atteint que son congénère.

Relativement à la différence intellectuelle des deux sujets, notre cas vient à l'encontre de la règle, et l'on ne peut dire que la fille, organe actif, est plus intelligente que sa mère, organe passif. L'actif est plus chargé héréditairement que le passif, car, outre que la fille hérite de sa mère, sa propre branche paternelle est éprouvée pour son compte. Cet actif présente d'ailleurs des stigmates de dégénérescence plus marqués que le passif. Son délire est beaucoup plus empreint de débilité : non seulement il est absurde dans son essence, mais il n'a aucune cohésion dans ses parties, au lieu que celui du passif, tout en étant absurde, est tout au moins coordonné. Et puis, cette absurdité du délire de la mère n'a-t-elle pas une excuse dans la forme même de son éclosion ? N'oublions pas que c'est un *délire de foi* : les erreurs y sont acceptées *en bloc*, l'interprétation en est banie de parti pris, le critérium de la raison n'y trouve aucun droit. Or, cette acceptation aveugle d'un

mystère, qui est, après tout, à la base de toute religion, n'implique pas tant un désarroi complet dans la direction de la pensée qu'un point de départ arbitraire, point de départ qui s'explique par le suggestibilité du simple, fortifiée par un défaut notable d'instruction.

En ce qui concerne la préexistence du délire chez l'actif, notre cas n'est pas davantage en faveur de la théorie classique. Le délire de M^{me} X... a pris naissance dans celui de sa fille ; cela ne fait aucun doute. Mais le dossier de la malade nous apprend qu'au moment même où sa fille commence à délirer, elle est elle-même en puissance de délire, si l'on peut dire ; car, avant de s'engager dans cette longue suite d'aberrations dont elle emprunte les éléments à l'organe soit-disant actif, M^{me} X... fait déjà preuve d'une tendance paranoïaque évidente. Longtemps après la mort de son fils, elle réclame de nouveaux renseignements sur les circonstances du suicide, trouve les réponses contradictoires, discute sur le nombre des projectiles et le calibre de l'arme, pense qu'il s'agit d'un meurtre, demande l'exhumation, et, comme on reste sourd à ses appels, n'hésite pas à réclamer l'appui du Préfet et bientôt après du Ministre. A cette époque déjà, M^{me} X... ne jouissait certainement pas de la plénitude de ses facultés, et son délire en puissance n'attendait qu'un point de direction.

Reste la prééminence du délire de l'actif sur celui du passif. Or, peut-on dire que l'organe actif est ici plus délirant que le passif ? Si l'on mesure l'intensité d'un délire d'après son incohérence, oui certes. Mais telle n'est pas l'avis général, croyons-nous, et, en matière de délire, la valeur réside avant tout dans la systématisation, dans la logique des erreurs. A ce titre, l'organe actif n'est certainement pas ici le plus délirant.

Les considérations qui précèdent semblent donc militer en faveur de la théorie de M. Régis tendant à faire de la *folie en partie double* une folie non communiquée mais *simultanée*.

Cette simultanéité basée d'après l'auteur : 1° sur une prédisposition morbide commune ; 2° sur un contact intime et permanent ; 3° sur des circonstances occasionnelles agissant en même temps de part et d'autre, nous paraît ressortir très nettement de l'observation qui pré-

cède ; et pour notre part nous interprétons de la façon suivante l'évolution de cette *folie à deux*. Voici deux femmes, la mère et la fille, l'une et l'autre prédisposées. Ces deux femmes sont unies par les liens sociaux les plus étroits et vivent d'une vie commune. A un moment donné, le même malheur les frappe, les mêmes vicissitudes les atteignent. Les chances pathologiques sont égales de part et d'autre. Si le hasard les eût fait vivre séparément, chacune se fût orientée au gré de sa destinée ; chacune eût fait son délire avec ses moyens propres et ses tendances propres. Mais voici qu'entre ces deux êtres il y a transmission constante des croyances et des impressions, et dès lors il se fait comme une fusion des deux processus. La nuance délirante se confond chez les deux malades, mais tandis que l'une a donné le ton et broyé la couleur, l'autre plus intelligente quoique débile et prédisposée tient en main la palette et esquisse le tableau.

Nous ne dirons donc pas *folie communiquée* par un actif à un passif ; nous dirons *folie simultanée*, avec *orientation* par un organe et *coordination* par l'autre.

DISCUSSION

M. VALLON. — Les auteurs ont bien fait d'établir la distinction entre la folie communiquée et la folie simultanée. Dans la folie communiquée c'est le sujet le plus intelligent qui impose le délire à l'autre. Les deux délires sont identiques.

Etat obsédant, né à l'occasion de troubles de la cénesthésie, et point de départ d'une déformation particulière de l'épaule. Terminaison par le délire des négations,

par M. J. PRIVAT DE FORTUNIÉ.

Je désirerais communiquer à la Société l'observation d'une malade rencontrée à l'asile de Vaucluse dans le service de mon maître le M. D^r Dupain, et chez laquelle on constate l'existence d'une série de mouvements par

obsession. Ces mouvements sont devenus le point de départ de diverses mutilations qui, elles-mêmes, semblent avoir eu une certaine influence sur l'évolution du délire chez cette malade :

Voici d'ailleurs son histoire :

La femme C..., âgée de quarante ans, est entrée à l'asile de Vaucluse le 8 septembre 1903. On ne relève dans ses antécédents héréditaires aucune tare morbide. Le père est mort d'un cancer intestinal, la mère a succombé à une affection cardiaque. Dans la famille, tout le monde était parfaitement équilibré.

L'histoire personnelle de la malade n'offre rien de bien remarquable jusqu'en 1892. Les développements physique et intellectuel ont été normaux. Tout stigmate d'hystérie fait défaut. On constate cependant l'existence de quelques stigmates physiques de dégénérescence du côté des oreilles, des dents, de la voûte palatine. Réglée à quatorze ans, cette femme n'a jamais eu de grossesse et n'a été atteinte, au cours de son existence, d'aucune maladie grave.

En 1892, elle éprouve une vive émotion : l'amant avec lequel elle vivait, un ouvrier alcoolique, s'est précipité d'une fenêtre et s'est tué. A la suite de cette commotion morale, la malade tombe dans un état de dépression mélancolique à laquelle succède, au bout de quelques mois, un véritable délire avec hallucinations visuelles pénibles. A ce moment elle fait une tentative de suicide et, consécutivement, est internée à l'asile de Vaucluse en décembre 1892. Elle en sort complètement guérie, au bout de quatre mois, en avril 1893.

Son état mental est resté satisfaisant jusqu'au mois de novembre 1901. A cette époque, à la suite d'une visite dans un cimetière où la malade a pris froid, des idées hypochondriaques sont apparues augmentées par la crainte de redevenir folle. La malade est soignée tout d'abord chez elle où elle suit pendant quelques mois un traitement médical, tout en se livrant encore à ses occupations. Entre temps, elle séjourne une huitaine de jours dans le service du Dr Babinski. Enfin, au mois de novembre 1902, elle entre à l'Hotel-Dieu, dans le service du Dr Ballet. Depuis l'apparition des premiers symptômes psychiques, la malade éprouve certains troubles de la sensibilité, une sorte de malaise général ; il lui semble que sa tête se vide, qu'elle n'a plus les mêmes pensées. Sous l'influence de cet état mental, il lui arrive parfois de tirer sur son cou comme pour s'arracher la tête. Durant son séjour dans le service du Dr Ballet, une nuit, elle est en proie à une excitation intellectuelle par-

ticulière. Au cours de cette effervescence mentale, elle voit se dérouler, dans sa pensée, toutes les circonstances de sa vie, les moindres événements de son existence, même ceux dont le souvenir était effacé se présentent à son esprit avec la netteté du premier jour. Ces phénomènes de mentisme s'accompagnent de troubles de la sensibilité assez intenses : la malade ressent tout à coup une douleur vive dans les deux côtés de la poitrine, plus marquée du côté droit. Elle a conscience, dit-elle, qu'à ce moment ses poumons se sont arrachés. Aussitôt elle porte ses mains derrière la poitrine exerçant des tractions sur l'omoplate. Ces tractions ne produisent aucun résultat du côté gauche : mais, du côté droit, la malade sent que l'omoplate se détache. Dès lors, elle prend l'habitude de répéter le même mouvement, agissant comme certaines personnes qui souffrent et qui ne peuvent s'empêcher de porter la main au niveau du siège de leur mal. La répétition de ces manœuvres ne tarde pas à amener, au niveau des muscles fixateurs de l'omoplate, une certaine déformation remarquée par le D^r Ballet qui fit électriser la malade. Sortie de l'Hôtel-Dieu, celle-ci a continué pendant un certain temps d'aller se faire électriser à la Salpêtrière dans le service du D^r Deny. En même temps que l'habitude de tirer sur l'épaule, se sont développées d'autres habitudes analogues consistant : à enfoncer les doigts dans les creux sus-claviculaires et à tirer sur les clavicules, à se donner des coups à la poitrine, à se comprimer les seins en les saisissant à pleine main. Ces dernières manœuvres ont amené la formation d'un abcès du sein pendant le séjour de la malade à l'Hôtel-Dieu.

Tout d'abord il s'agit d'une simple habitude contre laquelle lutte la malade et dont elle cherche à réparer les effets ; mais peu à peu l'habitude devient un besoin, se transforme en obsession et bientôt une force dont elle n'est plus maîtresse la pousse à se disloquer l'épaule. Elle ne peut plus se livrer à une occupation sans exécuter quelques-uns de ces mouvements bizarres. Même en dehors de chez elle, dans les escaliers, elle dégrafe sa robe pour tirer mieux à l'aise sur son épaule. Dans la rue, en marchant, elle porte encore involontairement ses mains vers son omoplate. A cause de cela, elle est devenue insupportable pour son entourage et le nouvel amant avec lequel elle habite la frappe parfois pour essayer de la corriger ; mais ni la persuasion, ni la contrainte ne peuvent avoir d'effet sur elle. Nous-même avons tenté, lors de son entrée à Vaucluse, de lui appliquer un corset de Sayre, espérant la maintenir au repos, mais elle est arrivée rapidement à le mettre en pièces pour satisfaire son obsession. A l'asile, elle passe son temps à exécuter toute une série de manœuvres de dislocation, malgré la douleur qui les accompagne. Tantôt elle se comprime le sein,

se frappe la poitrine; tantôt elle exerce des tractions sur les clavicules, se tire sur le cou, se comprime la gorge. A d'autres moments, elle se donne des coups au-dessous du menton, sur le crâne, se heurte la tête contre les murs. Mais les mouvements les plus fréquents sont ceux qu'elle imprime à son omoplate.

Les muscles fixateurs de cet os ont acquis une laxité remarquable. Avec la main droite repliée derrière le dos, la malade arrive à saisir à pleine main son omoplate et à l'écarter de la partie thoracique d'un bon travers de main. La répétition fréquente des mêmes tractions a déterminé une sorte d'érythème chronique, une pigmentation spéciale de la peau qui est devenue plus rugueuse à ce niveau. On peut voir cette pigmentation sur les photographies ci-jointes, au niveau de la région occupée par l'omoplate et de la partie postérieure du cou. Par simple contraction musculaire la malade arrive à imprimer des mouvements anormaux à l'omoplate, dont le bord spinal fait saillie sous la peau et se déplace aussi facilement que si elle était libre d'adhérences. En même temps on perçoit une sorte de raclement sourd résultant du frottement du bord interne de l'omoplate et des muscles qui s'y attachent contre la paroi thoracique. Une vaste bourse séreuse paraît s'être développée à ce niveau. La mobilité exagérée de l'omoplate, jointe à la saillie de son bord spinal au repos et à l'accentuation de cette saillie dans une position des bras intermédiaire aux positions horizontale et verticale, pouvait tout d'abord faire penser à une paralysie du muscle grand dentelé. Mais l'absence de déviation du bord spinal et la disparition de la saillie de l'omoplate dans les positions des bras horizontale antérieure et horizontale externe permettaient déjà d'écarter cette hypothèse. D'ailleurs l'examen électrique qu'a bien voulu pratiquer M. le Dr Romain Vigouroux a levé tous les doutes à ce sujet en montrant l'intégrité de la puissance contractile des différents muscles fixateurs de l'omoplate.

Au point de vue mental ces mouvements par obsession ont un certain retentissement en exagérant les troubles de la sensibilité et l'état hypochondriaque. La malade a conscience qu'elle est en train de se mutiler et cependant elle ne peut s'empêcher de céder à son obsession, son inquiétude morale augmente ses souffrances physiques.

Elle ne tarde pas à considérer son état comme incurable et bientôt le désir d'augmenter son mal, d'en finir avec la vie s'ajoute à son état obsédant. A diverses reprises, elle a cherché à se suicider. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu elle a essayé de s'étrangler avec un foulard et depuis elle conserve la conviction qu'elle a les cartilages du larynx brisés. Presque toujours elle recherche une mort violente en rapport avec la nature

de son délire. Plusieurs fois on l'a retenue au moment où elle allait se jeter sous une voiture. Un jour, au restaurant, elle a tenté de se couper le cou avec un couteau. Quelque temps après, des douaniers l'ont empêchée de se faire écraser par un train. Le jour même où elle a été arrêtée, dans une lettre trouvée sur elle, elle exprimait son intention d'aller se placer sur des rails pour attendre la mort ; elle avait déjà commencé à mettre son projet à exécution quand une femme l'a conduite au commissariat de police. Pendant son séjour à Vaucluse, elle a fait une tentative d'évasion, toujours hantée par son idée de mourir écrasée.

En dehors des limites de son délire, la malade raisonne parfaitement. Elle n'a pas d'hallucination ; mais les idées hypochondriaques absorbent toute sa personnalité, comme on peut en juger par le contenu de ses discours qui reflètent très exactement son état actuel... « Je suis un monstre dit-elle... ma tête s'est vidée... les os du cou sont brisés... j'ai un sein qui est mort... mes poumons sont arrachés, le cœur est atrophié, mes veines sont déprimées et mon sang ne circule plus... Ce n'est plus M^{me} C... qui est là, c'est un squelette... mon âme s'est retirée de moi... ce n'est que la matière qui vit, mais moi je ne vis pas... je ne peux pas mourir comme tout le monde... il faut que je sois détruite, anéantie. Pour cela, il faut que je me fasse écraser... Si je ne trouve pas le moyen de me détruire, je vivrai indéfiniment... je suis comme cette fleur qui ne peut se détruire toute seule... »

On relève ainsi chez cette malade les principaux éléments du syndrome de Cotard.

Dans son histoire un point mérite d'être mis en relief, c'est le rôle joué par l'obsession.

Partant, nous allons essayer de préciser :

- 1° La genèse de l'état obsédant ;
- 2° Son influence sur la marche du délire ;
- 3° Les caractères des mouvements obsédants eux-mêmes.

Tout d'abord on peut dire qu'il ne s'agit pas d'une obsession ordinaire. Cette dernière a son origine dans une sorte d'automatisme cérébral. Cet automatisme dépend lui-même d'une constitution psychique anormale, d'un état de dégénérescence qui se manifeste souvent dès la puberté par des scrupules, des terreurs, des impulsions. L'obsession naît donc spontanément, bien qu'elle évolue d'une façon insidieuse, se mêlant à l'his-

toire du développement psychique anormal. Rien de pareil chez notre malade ; chez elle le développement psychique s'est accompli normalement. A aucun moment on n'a constaté quelques-unes de ces phobies, de ces impulsions qui sont souvent l'apanage de cette catégorie d'individus désignés sous le nom de dégénérés. A l'origine, nous trouvons un état hypochondriaque avec troubles de la cénesthésie engendrant une habitude. Cette habitude traduit en quelque sorte la préoccupation continuelle qu'éprouve la malade au sujet de son état physique. Elle lutte tout d'abord contre cette habitude ; mais par la suite celle-ci devient plus tyrannique, se transforme en un besoin, en une véritable obsession. Tant qu'elle n'y a pas cédé, la malade n'est pas tranquille. A son tour le besoin se fait plus fréquent, il devient irrésistible et bientôt la malade ne lutte plus contre son obsession et tombe dans cet état aboulique où elle se trouve actuellement. A la suite de cet effondrement de la volonté, les mouvements accomplis par la malade semblent constituer une série de tics assez complexes. Il s'agit par conséquent d'une obsession acquise et non de la forme congénitale ou dégénérative, bien que la malade ait eu un accès délirant antérieur. On remarquera à ce propos que les troubles de la sensibilité, comme une hallucination ou une idée fixe, peuvent devenir le point de départ d'une obsession.

De plus, l'obsession une fois constituée s'est présentée sous une forme continue. M. Roubinovitch avait cherché autrefois à isoler ces obsessions continues en ajoutant à ce premier caractère d'autres particularités. Mais comme le faisait remarquer à ce propos M. Régis, si certaines obsessions sont intermittentes, comme la peur et les obsessions impulsives, il en est d'autres qui sont continues avec des paroxysmes, telles sont les obsessions purement intellectuelles ; notamment toutes les obsessions, indécisions. Pour notre cas, nous ne croyons pas que la continuité soit un caractère bien spécial. Ici la continuité se déduit de l'origine même de l'état obsédant, car nous nous trouvons en présence d'une simple habitude morbide devenue à un moment donné une obsession. La continuité est en rapport avec cette loi générale formulée par Morselli, à savoir que, dans la forme

acquise, l'obsession, au lieu de revêtir le caractère épisodique, est constamment uniforme.

Si l'état obsédant de notre malade a pris naissance à la suite de troubles de la cénesthésie, à son tour l'obsession par les désordres physiques qu'elle a occasionnés a augmenté les troubles de la sensibilité et exagéré l'état hypocondriaque. Ainsi sont nées des idées de suicide, et la malade, éprouvant chaque jour des transformations dans son organisme, en est arrivée peu à peu au délire des négations. Dans l'espèce, il ne s'agit pas de la transformation d'une obsession en délire ; néanmoins l'obsession paraît avoir eu sur l'évolution de ce dernier une influence décisive.

En terminant, nous désirons attirer l'attention sur la tendance même de l'obsession, sur ce besoin qu'éprouve la malade de tirer, de comprimer, de cogner les diverses parties de son corps. Le terme de *krouomanie* proposé par M. Roubinovitch ne répond qu'imparfaitement à cet état. La répétition des mêmes mouvements a fait de cette malade, suivant sa propre expression, un véritable polichinelle. Nous insistons en particulier sur cette déformation de l'épaule, sur cette laxité spéciale acquise par les muscles fixateurs de l'omoplate, au point de simuler une paralysie du grand dentelé.

La séance est levée à 6 heures.

DUPAIN.

SÉANCE SOLENNELLE du 30 mai 1904.

Présidence de M. BRUNET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Dide, Doutrebente, Giraud, Lapointe, Gilbert Petit, Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Esposito, médecin de l'asile de Nocera-Inferiore, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de M. Antonini, privat-docent à l'Université de Modène, directeur de l'asile d'Udine (Italie), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Christian, Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *La folia di re Lear*, par M. Del Greco ;
- 2° *La Revue de l'hypnotisme*, numéro de mai ;
- 3° *La Tempérance*, numéro de mai.

Rapport de la Commission du Prix Esquirol.

M. VIGOUROUX. — Au nom de votre Commission, composée de MM. Briand, Klippel, Semelaigne, Pactet et Vigouroux, rapporteur, j'ai l'honneur de vous rendre compte des résultats du concours pour le prix Esquirol.

Les quatre mémoires qui ont été présentés sont intéressants, bien faits, et représentent une somme d'efforts et de travail dont il faut tout d'abord féliciter les auteurs. La Commission a dû, pour classer ces travaux, s'inspirer de l'esprit qui avait présidé à la fondation du Prix Esquirol, destiné à récompenser l'auteur des meilleures observations cliniques personnelles recueillies dans les asiles.

Le premier mémoire a pour titre : *Contribution à l'étude de l'évolution clinique et anatomo-pathologique des traumatismes du crâne guéris chirurgicalement*, et comme exergue : « *Fac et spera* ».

Ce mémoire, bien fait, bien présenté, possède une bibliographie française et étrangère, surtout chirurgicale, très complète ; il est bien divisé ; dans les chapitres successifs sont étudiés : le mécanisme des lésions traumatiques, ces lésions elles-mêmes, constatées au cours d'autopsie ou d'opérations chirurgicales, puis leur histologie pathologique, les symptômes cliniques et le traitement prophylactique et curatif des accidents récents post-traumatiques et des accidents tardifs.

L'auteur arrive à ces conclusions : que les traumatismes craniens déterminent des troubles psychiques précoces ou tardifs à évolution rapide ou chronique ;

Que le mécanisme de la production de ces troubles mentaux est mise en lumière par la découverte de lésions anatomo-pathologiques ;

Que les troubles mentaux post-traumatiques ne paraissent pas devoir comporter la création d'un cadre nosographique spécial ;

Que l'intervention chirurgicale paraît devoir être proposée dans la plupart des cas.

Ce mémoire contient 69 observations ; mais les observations personnelles sont rares, et les autres sont souvent incomplètes ou réduites à l'énoncé d'un simple certificat.

En plus, nous avons eu la surprise de constater que certaines observations classées dans un chapitre et semblant devoir confirmer les opinions émises dans ce chapitre, n'avaient avec elles aucun rapport.

C'est une négligence regrettable ; nous en donnerons un exemple : dans la deuxième partie du mémoire, qui traite des lésions anatomo-pathologiques, l'auteur passe en revue les altérations méningées consécutives aux traumatismes craniens ; dans le deuxième chapitre, l'auteur avance que les adhérences pie-mériennes sont parfois localisées au point traumatisé ; c'est assez vraisemblable, mais les observations confirmatives XI, XII, XIII se rapportent à des pachyméningites hémorragiques et non à des adhérences pie-mériennes limitées !

Dans le chapitre III, pour prouver que les ostéophytes de la dure-mère peuvent être provoquées par des traumatismes craniens, on trouve une observation de Schutzenberger. Dans cette observation, il s'agit d'une esquille osseuse qui a perforé la dure-mère et pénétré dans le cerveau. Il n'est pas question d'ostéophyte !

Nous n'insisterons pas ; mais nous nous permettrons une dernière critique. L'auteur n'apporte pas de recherches histologiques personnelles, ce n'est que regrettable ; mais, comme excuse, il se plaint à deux reprises des règlements des asiles de la Seine qui n'autorisent les autopsies que vingt-quatre heures après la mort, et il ajoute : « L'examen pratiqué vingt-quatre heures après la mort ne permet que des erreurs de diagnostic et des erreurs d'interprétation. » C'est vraiment aller un peu loin que d'infirmer ainsi la valeur des examens faits

jusqu'à ce jour, au moins en France; on sait, en effet, que ces règlements sont communs aux hôpitaux et aux asiles. D'autre part, s'il est regrettable dans certains cas, dans l'intérêt de la science, de n'avoir pas des pièces plus fraîches, les altérations cadavériques ont déjà été bien étudiées, elles ont fait l'objet d'un travail récent du laboratoire du Dr Ballet, par MM. Faure et Laignel-Lavastine, et elles ne consistent pas, comme le croit l'auteur, en dégénérescence graisseuse des cellules.

Malgré ces critiques, ce travail, dans ses grandes lignes, présente un certain intérêt, surtout au point de vue chirurgical.

Le mémoire n° 2 a pour exergue une phrase de Louis Pasteur : « Jeunes gens, vivez dans la paix des laboratoires et des bibliothèques. » Il traite *Des rapports du paludisme et de l'aliénation mentale*.

L'auteur, en choisissant ce sujet, désire attirer l'attention sur certaines formes curables de la folie : et dans ces dernières il classe un grand nombre de folies étiologiquement palustres.

Après une bibliographie complète de la question, il étudie les formes cérébrales pernicieuses, ayant avec l'accès des rapports intimes, puis des formes larvées, dans lesquelles le trouble psychique est seul en scène.

Dans une seconde partie, il passe en revue les formes chroniques, qu'il divise en deux grands groupes.

Dans une troisième, il étudie les troubles mentaux de la période cachectique.

Dans les formes pernicieuses, délirantes, comateuses, soporeuses, l'auteur ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire appel, comme cause pathogénique, à la prédisposition vésanique et névrosique.

Les observations de délire précédant les accès fébriles sont rares. L'auteur n'en donne qu'une (encore la donne-t-il de souvenir), dans laquelle le paludisme et l'hystérie sont intimement liés.

Les troubles psychiques survenant au cours de l'accès fébrile sont plus nombreux : deux observations en font foi.

D'autres fois, les troubles mentaux suivent l'accès fébrile même à un assez long intervalle; dans ces derniers cas l'auteur pense qu'ils peuvent être mis sur le compte d'auto-intoxications par insuffisance des

émonctoires, insuffisance due à des altérations des reins et du foie.

On est surpris de ne pas voir citer à l'appui de cette vue pathogénique le nom de M. Klippel.

Enfin il existe des formes psychiques larvées du paludisme.

Des six observations apportées par l'auteur, les quatre premières ne peuvent être acceptées. La première se rapporte à un mélancolique qui a habité un pays insalubre des Charentes; la deuxième, à une mélancolique qui venait de la Martinique; la troisième, à une hystérique qui a *peut-être* eu les fièvres en habitant la Sologne; la quatrième, à une jeune fille qui n'a *jamaïs* habité de pays à fièvre, mais qui a eu des accès vespéraux d'idées de persécution. Les deux autres, du plus grand intérêt, montrent des accès délirants pendant un accès sans fièvre mais avec hématozoaires dans le sang.

Dans une seconde partie, l'auteur étudie l'aliénation chronique paludéenne, forme étudiée dans les asiles; ces troubles mentaux sont indépendants des accès.

Il cite les mémoires de Lemoine et Chaumier, et de Marandon de Montyel, en résume les observations et apporte quatre observations personnelles de persécutés hallucinés, ayant eu antérieurement dans leur jeunesse des fièvres paludéennes. Le rôle pathogénique du paludisme ne nous paraît pas évident.

Le paludisme peut-il produire la paralysie générale? En dehors des observations de Marandon de Montyel, l'auteur donne une observation qu'il qualifie « la plus intéressante et la plus complète de toutes les observations sur le sujet »; malgré cet intérêt, sa lecture n'entraîne pas la conviction; c'est celle d'un paralytique général banal, chez lequel des lésions banales de méningo-encéphalo-myélite ont été trouvées. L'examen histologique que donne l'auteur ne permet pas d'affirmer l'action de l'infection paludéenne. Les lésions de la moelle, dit-il, ne sont pas aussi accentuées que celles de la moelle des paralytiques généraux. L'inflammation est plus intense que celle qu'il a déjà vue. Ce ne sont pas là des caractères distinctifs suffisants, car, suivant les cas, les moelles des paralytiques généraux pré-

sentent des altérations diverses et d'intensité variable.

Dans un chapitre, sous le titre de délires toxiques et infectieux du paludisme, l'auteur étudie des délires par auto-intoxication due à l'insuffisance hépato-rénale consécutive au paludisme chronique. Là encore, nous sommes surpris de ne pas trouver le nom de M. Klippel qui, le premier, a décrit ce délire et en a étudié la pathogénie.

Le traitement des troubles psychiques de l'impaludisme est exposé dans les dernières pages.

Enfin, l'auteur termine son mémoire, qu'il juge, lui-même, le travail le plus complet écrit sur ce sujet, par des considérations générales sur « l'intérêt qu'il y a à prendre des observations aussi complètes que possible, même lorsqu'elles semblent intéressantes et banales ».

Malheureusement, il est à regretter que les observations personnelles et complètes ne soient pas plus nombreuses dans ce mémoire, car c'est exclusivement des observations cliniques bien prises et des constatations anatomo-pathologiques bien interprétées qui peuvent servir de bases aux théories pathogéniques du délire.

Les formes délirantes précédant, accompagnant, suivant les accès de paludisme, les formes frustes avec hématozoaires dans le sang, sont admises par tous ; les délires en rapport avec les auto-intoxications, celles-ci étant dues à des lésions organiques créées par l'impaludisme, sont généralement reconnues ; leur existence nous paraît indiscutable. Mais, nous considérons qu'il est difficile d'admettre aujourd'hui que le fait, pour un délirant persécuté ou un paralytique général, d'avoir eu dans sa jeunesse un accès d'impaludisme, doive faire considérer cet accès comme un facteur étiologique important.

Il nous semble que ni la clinique, ni l'anatomie pathologique n'autorisent, au moins jusqu'à présent, cette hypothèse pathogénique.

Le mémoire n° 3 intitulé : *Contribution à l'étude des névroses et des délires paroxystiques*, est des plus intéressants et très bien conçu ; il est très bien écrit.

L'auteur y fait un parallèle entre l'accès migraineux

et l'accès épileptique. Après un historique très complet sur la pathogénie de la migraine, il en fait la description clinique, puis analyse dans des chapitres séparés, les différents symptômes sensitifs, sensoriels, moteurs, paralytiques, psychiques, vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques ; après avoir montré les caractères généraux de la migraine, il insiste sur les combinaisons et en quelque sorte l'équivalence de la migraine et de l'épilepsie.

Il fait ensuite un chapitre très intéressant d'étiologie et de physiologie pathologique, et conclut en ces termes :

« La migraine apparaît comme un syndrome complexe qui traduit l'irritation des centres nerveux et se caractérise par des modifications directes ou reflexes de la sensibilité, de la motricité, de l'intelligence ; la prédominance de certains symptômes crée des syndromes sensoriels, moteurs, psychiques, qu'une analogie symptomatique étroite rapproche des syndromes analogues confondus sous le nom d'épilepsie.

« Des phénomènes généraux caractéristiques s'observent dans les deux cas (aura, paroxysme, torpeur, etc.).

« Les deux affections sont héréditaires : les migraineux naissent souvent d'épileptiques et réciproquement. Elles se relient aux mêmes diathèses. Les mêmes intoxications les font naître. Manifestations dégénératives, elles commencent aux mêmes âges et sont susceptibles des mêmes transformations. Chacun de leurs symptômes peut apparaître d'une façon isolée, de telle sorte que les troubles psychiques qui sont leur équivalent rentrent dans le groupe *psychoses paroxystiques*.

« Un même processus irritatif permet de comprendre la genèse et l'évolution de ces symptômes.

« Isolément, telle fonction sensitive, motrice ou psychique du syndrome migraineux peut apparaître dans le cours ou dans l'intervalle des crises épileptiques. L'une quelconque de ces manifestations peut rester pendant longtemps la seule manifestation de l'une ou l'autre névrose : c'est ainsi qu'un migraineux, issu d'épileptiques, présente tardivement des crises convulsives ; par un phénomène inverse, l'épilepsie peut disparaître et les symptômes migraineux apparaître.

« Il semble donc que les états migraineux et épileptiques appartiennent à un même groupe d'affections nerveuses, celui des épilepties. »

Tout en ne partageant pas complètement les opinions défendues par l'auteur sur les rapports si intimes de l'épilepsie et de la migraine, la Commission a reconnu tout le mérite de ce travail et a regretté l'absence d'observations cliniques personnelles venant étayer et confirmer les théories énoncées.

Le mémoire n° 4 a pour sujet : *Les Incendiaires*.

L'auteur a fait principalement œuvre clinique, et a pris lui-même dans son service les observations des malades qui avaient mis le feu; il a étudié ces malades, a cherché comment cette réaction dangereuse avait pu naître en eux, et suivant leur état mental il les a classés. C'est ainsi qu'il nous décrit des incendiaires débiles, débiles alcooliques, débiles épileptiques, débiles alcooliques et épileptiques, débiles délirants, débiles obsédés et impulsifs alcooliques, alcooliques et épileptiques, des pyromanes persécutés, hystériques, déments, idiots moraux.

Puis, dans des conclusions, il cherche à réunir ces aliénés incendiaires en deux groupes, suivant le danger qu'ils font courir à la société, et, suivant le traitement qu'on doit leur imposer, il les divise en dangereux dont le séjour à l'asile peut être limité et en aliénés très dangereux qui doivent être gardés à l'asile plus longtemps.

Comme on le voit, c'est un travail exclusivement clinique sans aucune prétention; peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur un peu de laisser-aller, quelques négligences de style; mais les observations cliniques sont personnelles, complètes et nombreuses. Le mémoire a donc paru répondre aux conditions exigées pour l'obtention du prix.

En résumé, votre commission vous propose de décerner le prix Esquirol à l'auteur du mémoire n° 4, M. Gimbal, et d'accorder une mention très honorable à l'auteur du mémoire n° 3, *Contribution à l'étude des névroses et des délires paroxystiques*.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, conformément aux conclusions de votre Commission, le prix Esquirol est

décerné au mémoire de M. Gimbal, ancien interne des asiles de la Seine, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne). Une mention honorable est accordée au mémoire de M. Edmond Cornu, interne à l'asile de Bron, près Lyon (Rhône).

Éloge de M. Lunier.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'éloge de L. Lunier, ancien inspecteur général du service des aliénés, et ancien président de la Société médico-psychologique. (Voir plus haut, p. 4.)

La séance est levée à 6 heures.

DUPAIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1900.

I. — *Un cas curieux d'aphasie amnésique transitoire* ; par le D^r Hans Gudden (numéro de janvier). — L'auteur rapporte l'observation suivante : Un menuisier de cinquante et un ans, sujet depuis longtemps à des troubles nerveux tels que céphalalgie, vertiges, dysacousie, diminution de l'acuité visuelle, affaiblissement de la mémoire, difficulté de trouver immédiatement la réponse à des questions très simples, quelque peu alcoolique, mais bon ouvrier néanmoins, ne pouvait, faute de crédit, acheter le bois nécessaire pour exécuter une commande. Ayant sans succès demandé l'aide d'un parent, il boit un coup, rentre agité, dort une heure, fait une fugue, est ramassé, conduit à l'hôpital où il se trouve en état d'aphasie.

L'auteur croit pouvoir exclure l'origine alcoolique ou épileptique de l'affection, et, en raison de l'intensité de la céphalalgie et du rétrécissement du champ visuel, il admet l'hypothèse d'une « migraine ophtalmique », affection qui se complique souvent d'aphasie. Quelle que soit l'espèce à laquelle appartienne d'ailleurs cette aphasie, l'auteur signale des particularités non encore décrites dans la littérature spéciale. Elles consistent en ce que le malade pouvait prononcer les mots dès qu'on lui en avait dit la première lettre, et en ce qu'il ne pouvait les lire que si on traçait, ou si on nommait devant lui la lettre initiale. La présentation de la lettre initiale tracée d'avance ne lui était d'aucun secours. Cet état ne dura que quatre jours.

La disparition rapide de l'aphasie, coïncidant avec celle de la céphalalgie, de l'angoisse, et avec le retour de la mémoire et de la faculté d'attention, prouve qu'elle était conditionnée par

la perte de la mémoire et de l'attention. Cette perte de la faculté d'attention ne peut guère être localisée dans l'encéphale et doit plutôt être imputée à une altération générale (vasomotrice) du système nerveux central. Il s'agissait, d'après l'auteur, d'une forme légère de l'aphasie amnésique transitoire.

II. — *La myotonie est une affection due à des troubles de nutrition* ; par le professeur Bechterew (numéro de février). — Après avoir constaté que les troubles moteurs de la myotonie ne sont pas limités aux mouvements volontaires, mais s'observent aussi dans les mouvements réflexes ou provoqués mécaniquement, chaque fois que ceux-ci atteignent à un degré exigeant une forte contraction, l'auteur estime que ces troubles sont imputables, non à une lésion fonctionnelle des centres nerveux, mais à des altérations directes des muscles et des appareils nerveux qu'ils renferment. Les cas de myotonie acquise, ainsi que les améliorations et les guérisons observées, ne permettent pas d'admettre l'hypothèse d'une anomalie de développement du tissu musculaire. D'autre part, les analyses d'urine et les résultats des traitements ayant pour but d'activer les échanges organiques, autorisent l'hypothèse d'un trouble de ces échanges. Moltchaw, Wersilow et l'auteur ont analysé les urines chez les myotoniques, et leurs analyses indiquent toutes une diminution de l'urée et une augmentation de créatinine et des composés de sarcine. L'auteur a observé la cessation des accidents avec le retour à une composition normale de l'urine.

Chez un médecin, les accidents myotoniques coïncidaient avec des accidents goutteux, ce qui confirme encore l'auteur dans sa croyance à un trouble des échanges nutritifs qui aurait pour conséquence la production, dans les tissus, de substances toxiques. La maladie serait congénitale ou acquise, selon que l'intoxication aurait lieu pendant la vie intra-utérine ou après la naissance. Conformément à cette théorie, l'auteur a employé, non sans succès, une médication ayant pour but d'activer les échanges nutritifs : gymnastique, massage, bains tièdes, eau de Vichy, iodure de potassium, antipyrine.

III. — *Du phénomène de Westphal-Piltz, dit phénomène réflexe paradoxal de la pupille* ; par le Dr Antal (numéro de février). — Westphal signale dans le n° 4 du *Neurolog. Centralblatt* de l'année 1899, un nouveau phénomène pupillaire, consistant en ce que dans les cas d'immobilité pupillaire (tabes, paralysie générale), les pupilles paraissaient rétrécies et se dilataient malgré l'action de la lumière, quand après avoir par

pincement fixé l'une contre l'autre les deux paupières, on les écartait ensuite.

Plus tard, il observa la même réaction chez des sujets bien portants.

D'autre part, Piltz, dans le n° 6 du même journal (1893), a décrit un réflexe pupillaire paradoxal ou inverse, consistant en ce que les paupières étant écartées avec les doigts, le sujet en observation ayant reçu l'ordre de faire des efforts pour clore les yeux, le même phénomène que ci-dessus se produisait, c'est-à-dire, d'abord du rétrécissement et ensuite, malgré un fort éclairage, de la dilatation des pupilles. Ce phénomène, Piltz l'aurait observé aussi bien à l'état normal que dans les cas d'immobilité des pupilles. Mingazzini, dans le n° 11 du journal, fait observer que le fait était connu depuis longtemps, et signalé par Galassi; il en donne même l'explication anatomique.

En raison de l'importance des phénomènes pupillaires, l'auteur fit sur celui qui nous occupe des recherches chez cinq personnes bien portantes et chez quarante-trois autres atteintes d'affections nerveuses variées. Les conclusions de ses recherches sont les suivantes :

1° Le phénomène décrit par Piltz, après écartement des paupières, s'obtient plus facilement que celui décrit par Westphal après pincement des paupières ;

2° Le phénomène pupillaire de Westphal-Piltz peut aussi bien s'observer comme signe prodromique, alors que la réaction à la lumière est encore normale, que comme signe tardif, alors que la pupille ne réagit plus à la lumière et à l'accommodation.

Dans tous les cas, il est produit par l'action synergique de l'orbiculaire et du sphincter de l'iris.

L'action synergique de l'iris deviendrait prépondérante, et se produirait encore alors même que l'influence directe de la lumière ne pourrait plus la provoquer.

IV. — *Symptômes objectifs de l'hyperesthésie et de l'anesthésie locale, dans les névroses traumatiques et dans l'hystérie*; par le Dr Bechterew (numéro de mars). — L'auteur souligne l'importance de ces symptômes pour découvrir la simulation; ils lui ont permis souvent d'affirmer chez des militaires la réalité de la névrose.

Ces signes objectifs sont nombreux, on les provoque par une pression sur la région indiquée comme hyperesthésiée; on observe ainsi non seulement l'accélération des mouvements du cœur signalée par Markoff, mais encore l'accélération du pouls,

des changements de la courbe sphygmographique et de la dilatation pupillaire. Ce dernier symptôme est d'autant plus précieux qu'on peut, d'une part, le constater sans instrument spécial, et, d'autre part, l'établir numériquement avec le compas de Weber et le reproduire par la photographie. Dans certains cas, la pression sur l'espace hyperesthésié produit une réaction vaso-motrice avec afflux du sang vers la face, surtout si l'hyperesthésie a son siège à la tête. On observe aussi des troubles respiratoires et l'augmentation des réflexes. Ces symptômes à peu près constants, permettent donc le diagnostic de l'hyperesthésie au moyen des signes objectifs. On peut en dire autant de l'anesthésie. Dans ce cas, les réflexes cutanés sont diminués du côté atteint, et les excitations douloureuses du côté sain se traduisent par des changements plus accentués de l'activité cardiaque, de la respiration et de l'état des pupilles. Ces épreuves ne sont concluantes que lorsqu'elles donnent un résultat positif. Enfin l'hémianesthésie est accompagnée généralement de spasmes des vaisseaux périphériques, d'où différence de température et de réaction vaso-motrice dans les parties intéressées. Dans les cas douteux, la recherche de tous les signes mentionnés permet d'établir s'il y a, oui ou non, simulation. Cette méthode n'exclut pas d'ailleurs l'emploi des autres procédés, notamment celui de Goldscheider.

V. — *Réflexe scapulo-huméral*; par le Dr Bechterew (numéro de mars). — L'étude des réflexes est précieuse pour la localisation des affections nerveuses; mais le nombre en est plus grand pour les parties inférieures de la moelle, sans compter que les réflexes de la partie supérieure manquent de constance. Dans ces conditions, le réflexe que l'auteur appelle scapulo-huméral et qui a son siège à la partie supérieure du tronc, mérite, d'après lui, de retenir l'attention. Il s'obtient par la percussion du bord interne de l'omoplate, au-dessous de l'angle intérieur de cet os; il provoque l'adduction et parfois une légère rotation en dehors de l'humérus, et même, en s'étendant au deltoïde et aux fléchisseurs, l'abduction du bras avec flexion légère du coude. Il correspond approximativement au renflement cervical de la moelle. L'absence de ce réflexe des deux côtés, avec persistance ou exagération des autres réflexes des extrémités supérieures, mérite donc d'être prise en considération; quant à sa diminution ou sa disparition d'un seul côté, elle a toujours une signification pathologique. Ce réflexe a toujours fait défaut dans la poliomyélite et dans les formes spinales de

l'atrophie musculaire progressive, quand les muscles de l'épaule étaient atteints, ainsi que dans les névrites étendues à la région de l'épaule. Dans l'atrophie musculaire, la diminution du réflexe est proportionnelle au degré de dystrophie musculaire de l'épaule; elle existe aussi dans l'affection décrite par l'auteur sous le nom de « raideur de la colonne vertébrale. »

Dans les cas d'hémi-parésie ou d'hémiplégie d'origine cérébrale avec atrophie des muscles de l'épaule, le réflexe est considérablement augmenté. Pour le diagnostic différentiel des atrophies de la région scapulaire d'origine cérébrale, spinale ou névritique, le réflexe scapulo-huméral peut donc être d'un grand secours.

VI. — *État crépusculaire avec amnésie après une légère commotion cérébrale*; par le Dr Klink (numéro de mars). — Rappelant l'autoobservation du Dr Näcke qui, après avoir reçu à la figure un coup de poing d'un aliéné, perdit connaissance, mais reprit, après quelques secondes, sa tournée médicale, fit des ordonnances, parla aux malades, mais n'eut plus tard aucun souvenir des quinze ou vingt minutes écoulées après la violence subie, l'auteur rapporte un cas analogue d'amnésie passagère chez une infirmière tombée d'une hauteur de 1^m50. Après cette chute elle répondit au médecin, s'alita sur son ordre, et, comme on lui appliquait une vessie de glace sur la tête, s'étonna tout à coup de se trouver au lit, ne se souvenait plus des faits passés depuis vingt minutes, mais gardait le souvenir des faits passés avant sa chute. L'auteur exclut toute hypothèse d'hystérie, d'épilepsie, etc. Il s'agit, comme dans le cas de Näcke, d'un état crépusculaire à la suite d'une commotion cérébrale légère. Le fait que, pendant cet état crépusculaire, des actes compliqués peuvent être exécutés comme dans l'état crépusculaire d'origine épileptique, a une grande importance médico-légale. D'après l'auteur, ces états sont peut-être plus fréquents qu'on ne croit, mais peuvent passer inaperçus, parce que, d'une part, le médecin n'est appelé auprès du malade que lorsqu'ils ont déjà disparu, et que, d'autre part, le malade qui n'a gardé aucun souvenir des actes exécutés, n'a pas semblé à l'entourage se comporter d'une manière extraordinaire.

VII. — *Le Dormiol*; par le Dr Ernest Schulze (numéro de mars). — Le dormiol, qui est un composé de chloral et de diméthyl-éthyl-carbinol, a les effets thérapeutiques du chloral sans ses effets toxiques. L'auteur l'a employé chez soixante malades, en solution et en capsules de 0,50 centigrammes. Il

a renoncé aux injections hypodermiques qui produisent des phénomènes d'irritation. Un sommeil de cinq, sept, huit heures, se produit une heure ou même trente minutes après l'ingestion. Dans les cas de manie ou d'agitation; dans la paralysie générale, l'effet ne se produit pas, comme cela s'observe aussi pour les autres hypnotiques. Dans l'agitation épileptique le médicament, pris au besoin en lavement, a été infidèle; c'est dans les états de mélancolie, de dépression, d'hypocondrie que l'action est la plus constante. La dose varie de 0,75 centigrammes à 3 grammes, elle ne cause aucun trouble, et quelquefois on constate même une augmentation d'appétit. L'accoutumance n'a pas été constatée, et l'effet de la médication ne s'étend pas à la nuit suivante. L'action est à peu près analogue à celle des autres hypnotiques, notamment du trional. Le dormiol a bien agi dans des cas où le trional était resté sans effet, mais la réciproque a été constatée aussi. En somme, la manie et la paralysie générale exceptées, le dormiol est, d'après l'auteur, un hypnotique pratique et assez sûr pour les aliénés, et appelé à rendre aussi des services en dehors des asiles.

VIII. — *Traitement de l'épilepsie*; par le Dr Kothe (numéro de mars). — Depuis treize ans, l'auteur a recueilli quarante-sept observations d'épileptiques dans la clientèle aisée. Les malades non aliénés avaient de dix-sept à trente-neuf ans. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas de spécifique de l'épilepsie idiopathique. Le traitement consiste dans l'emploi méthodique de procédés variés ;

2° Il doit être installé dès que le diagnostic est établi, et durer un à deux ans, et être suivi d'une hygiène appropriée ;

3° La cure doit avoir lieu autant que possible dans un institut spécial et dans des conditions climatiques favorables ;

4° L'institution du traitement doit être précédée d'une observation clinique minutieuse, qui doit servir de base à la réglementation du genre de vie au point de vue psychique, moteur et végétatif ;

5° Il faut s'occuper tout spécialement de conditions du sommeil et du repos au lit ;

6° La réglementation du régime, par son influence sur les fonctions végétatives de l'organisme, a une grande importance.

7° Il faut supprimer les actions brusques sur l'appareil cutané; l'hydrothérapie sera réduite à des lotions ou des bains tièdes ;

8° L'électrothérapie doit être écartée;

9° Comme médication interne, les bromures donnent les meilleurs résultats;

10° Parmi les nouveaux composés, la bromipine (brome en solution dans l'huile de sésame à 10 p. 100), récemment étudiée par Wintermitz, a surtout une action puissante et durable. Ce médicament ne produit pas d'accidents de bromisme, arrête les crises à la dose de 15 à 40 grammes, et exerce une action favorable sur l'état psychique et intellectuel;

11° En cas de répugnance et dans l'état épileptique, la bromipine se prend en lavements (15 à 40 grammes);

12° Pour les réfractaires et les intolérants vis-à-vis du brome, Flechsig donne pendant six semaines des doses croissantes d'opium, 0.15 à 1 gramme, et ensuite des doses élevées de bromure. Dans ce cas, il faut surveiller de près la médication.

Ce traitement de Flechsig a valu trois succès à l'auteur, qui y a renoncé depuis qu'il emploie la bromipine. Il a remarqué que l'alitement réclamé par Flechsig donne de bons résultats même sans opium, aussi estime-t-il avec Werda que l'alitement et l'éloignement de toute excitation psychique sont des facteurs de première importance.

Il a, en raison de ses observations, adopté la méthode suivante :

Il soumet tout cas d'épilepsie récent ou ancien, grave ou léger, à un alitement de plusieurs semaines, interrompu seulement par deux bains tièdes par semaine. Le régime est fixé d'après les indications qui précèdent, et la médication n'est instituée qu'après plusieurs semaines d'alitement, à l'occasion d'une crise. De la dose de 7 grammes de bromipine par voie rectale, on arrive progressivement, en six ou sept semaines, à celle de 30 ou 40 grammes, qui est suffisante pour supprimer les crises et les accidents psychiques. Cette dose est maintenue pendant deux ou trois semaines, et l'on revient en six ou sept semaines à la dose initiale. Ce traitement, qui dure à peu près trois mois, est repris plusieurs fois s'il le faut; mais sans l'alitement préalable.

Avec cette méthode, l'auteur a eu des succès jusqu'alors à lui inconnus, qu'il attribue surtout à la rigueur de la méthode et à la longue durée de la médication.

IX. — *De la maladie de Basedow*; par le Dr Popoff (numéro d'avril). — Si les épistaxis sont un symptôme banal de

cette maladie, les hémorragies des autres organes sont moins fréquentes; c'est à peine s'il en est fait mention par des auteurs tels que : Grasset, Charcot, Bouchard, Brissaud, Eichhorst, Oppenheim et Strümpell. Depuis quatre ans, l'auteur a observé sept cas de maladie de Basedow avec prédominance du symptôme hémorragie. Il rapporte deux de ces cas.

Dans le premier, avec les symptômes classiques, il observa en outre des érosions saignantes des lèvres, un état sanguinolent des gencives, des épistaxis, des hémorragies utérines répétées, en l'absence de toute affection des organes génitaux.

Dans le second cas, en l'absence d'exophtalmie et de goitre, l'auteur fut mis sur la voie du diagnostic par des épistaxis et par des pertes de sang répétées par l'utérus, sans qu'il y eût lésion de cet organe.

L'absence de goitre n'était d'ailleurs qu'apparente, puisque la palpation et l'inspection minutieuse faisaient constater une hypertrophie du corps thyroïde.

La constatation des hémorragies comme celles qui viennent d'être mentionnées, peut, d'après l'auteur, devenir un signe précieux pour le diagnostic de certaines formes frustes de maladie de Basedow, qui, comme on sait, débutent souvent par des symptômes de second ordre, pour ne présenter que plus tard les signes caractéristiques (palpitations cardiaques, exophtalmie, goitre).

X. — *Contribution à l'étude de la psychose de Korsakow*; par le Dr Lükerath (numéro d'avril). — C'est à Korsakow que revient le mérite d'avoir signalé et décrit les troubles psychiques de la névrite multiple. Ses observations datent de 1880 et 1890. D'après lui, ce sont tantôt les troubles névritiques, tantôt les troubles psychiques qui prédominent, mais les uns et les autres coexistent toujours.

Les troubles psychiques affecteraient trois formes : faiblesse irritable de tout l'organisme psychique, forme particulière de confusion, ou, enfin, amnésie pure.

Aujourd'hui, on n'admet plus avec Korsakow que la névrite est une condition *sine qua non* de la psychose. Tiling a vu celle-ci naître à la suite de la sénilité ou d'un traumatisme crânien, et, depuis 1890, on a publié un certain nombre d'observations de psychose de Korsakow sans névrite. L'auteur rapporte deux cas, ayant évolué tous deux avec troubles spéciaux de la mémoire, sans qu'il y eût névrite dans l'un des deux au moins.

Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un homme de trente-six

ans, alcoolique, ayant eu quatre ans auparavant la fièvre typhoïde, et présentant en 1899 des vomissements, de la fièvre, de la faiblesse, du décubitus et de la perte de la mémoire, sans aucun signe de névrite. La lésion de la mémoire présentait cela de particulier que le malade pouvait sans difficulté parler de sa vie passée, exécuter des calculs compliqués, mais ne se rappelait pas, d'une seconde à l'autre, le nom des personnes, l'endroit où il était, et, immédiatement après le repas, ne savait plus qu'il venait de manger.

L'autre cas concernait un pharmacien de quarante-cinq ans qui présentait les mêmes troubles caractéristiques de la mémoire, et, comme signes somatiques, de l'inégalité pupillaire, du tremblement des mains et de la langue, de l'augmentation des réflexes. Il y aurait donc eu là des signes de névrite qui, selon Korsakow, peuvent facilement passer inaperçus.

Tiling compare ces troubles de la mémoire à ceux que les auteurs français signalent chez les alcooliques, et qui vont depuis une amnésie légère jusqu'à l'incapacité d'enregistrer le moindre souvenir. On peut aussi rappeler à cette occasion l'amnésie des vieillards, tout le monde sait combien ceux-ci aiment à parler des faits de leur jeunesse, alors que les faits récents leur échappent.

Un pareil trouble de la mémoire doit évidemment amener des illusions de souvenir; mais l'auteur explique moins bien comment il peut mener à des idées délirantes ainsi que le veut Korsakow. Les impressions sont si mal fixées par la mémoire, qu'une pareille transformation paraît peu probable. Comme le tonneau des Danaïdes, la mémoire de ces malades perd d'un côté ce qu'elle reçoit de l'autre et une pareille incapacité d'assimilation psychique doit, à la longue, amener un certain degré de démence.

La psychose de Korsakow, estime l'auteur, n'est pas une maladie très fréquente; il est établi aujourd'hui qu'elle peut évoluer sans névrite et qu'on l'observe aussi chez des gens exempts d'alcoolisme, à la suite de maladies infectieuses, de traumatismes crâniens, de tumeurs cérébrales; mais c'est chez les alcooliques qu'elle s'observe le plus souvent, et c'est chez eux que le pronostic a un caractère particulièrement grave, alors que dans les autres cas l'affection peut s'amender et même se terminer par la guérison.

XI. — *Quelques remarques sur les signes objectifs de l'hypersensibilité et de l'anesthésie, dans les névroses traumatiques;*

par le D^r Bechterew (numéro de mai). — L'auteur a déjà signalé dans le numéro de mars les spasmes vasculaires périphériques dans les anesthésies liées à la névrose traumatique.

Il insiste sur l'importance qu'il y a à prendre la température périphérique à des endroits symétriques.

La différence est souvent sensible même au toucher. Parfois on observe des différences appréciables de la transpiration; d'autres fois des changements dans la contractilité des muscles volontaires. Il conclut enfin que l'hyperesthésie et l'anesthésie des névroses traumatiques se révélera généralement par les réflexes que produira l'irritation de la zone affectée, soit sur l'activité cardiaque, sur la fréquence ou la profondeur de la respiration, sur l'état des pupilles; ou bien encore par les modifications quantitatives des réflexes cutanés, des réactions vaso-motrices, de la température périphériques, de la transpiration du côté atteint; soit enfin par des modifications de contractilité des muscles volontaires. L'absence de ces signes ne permettrait pas cependant de conclure *ipso facto* à la simulation.

XII. — *Un cas d'écholalie. Contribution à l'étude des atrophies localisées*; par le D^r Lipmann (numéro de mai). — L'auteur rapporte une observation de démence sénile avec écholalie, avec confirmation par l'autopsie du diagnostic d'atrophie du lobe temporal gauche.

Il s'agit d'une femme de soixante-quatorze ans présentant, au point de vue spécial de la fonction du langage, d'abord cette forme d'écholalie atténuée qui consiste à reproduire sur le ton de l'interrogation la question posée, pour ne donner qu'ensuite une réponse juste. Deux mois plus tard, cette faculté de donner quelques réponses justes avait disparu, et les questions posées à la malade étaient répétées par elle, non plus sur le ton de l'interrogation, mais d'une manière automatique. Le langage spontané avait disparu, et l'état mental spécial rendait impossible l'épreuve de la lecture et de l'écriture.

Il y avait donc là le symptôme principal de l'aphasie sensorielle transcorticale de Wernike, compréhension des mots sans compréhension de leur signification. Se basant sur ce symptôme et sur des observations analogues de Pick, l'auteur diagnostiqua une atrophie cérébrale, atteignant avec une intensité spéciale le lobe temporal gauche, l'histoire clinique lui ayant permis d'écarter l'hypothèse d'un foyer cérébral. L'autopsie, ayant confirmé le diagnostic, prouve que Pick a, avec raison,

expliqué l'aphasie sensorielle transcorticale par une atrophie du lobe temporal gauche.

Il ne faut pas confondre, dit l'auteur, la faculté de répéter les mots, avec l'écholalie : ce qui distingue cette dernière, c'est son caractère obligatoire. L'écholalie suit la voie la plus ancienne du langage articulé ; l'enfant répète les mots bien avant de les comprendre, et il semble que cette voie, la plus simple et la plus ancienne, soit ménagée le plus longtemps dans les atrophies séniles du lobe temporal.

L'auteur reprend aussi, pour la discuter, une observation publiée par Déjerine et Sérieux (Surdité verbale pure. *Rev. de psych.*, 1898). Pour lui, il ne s'agit pas là d'un cas de surdité verbale pure, comparable aux cas d'aphasie sensorielle transcorticale de Wernike et de Lichtstein, mais d'une aphonie sensorielle transcorticale avec troubles légers de la parole, de l'écriture et de la lecture. Le cas se rattache à ceux de Pick, de Bischoff et de l'auteur, à la fois par l'anatomie pathologique (atrophie des deux lobes temporaux) et par la symptomatologie (compréhension purement auditive du mot, avec perte de la compréhension de sa signification).

L'auteur conclut qu'on n'observe l'écholalie automatique avec le caractère accusé qu'il a constaté, ainsi que Pick, que lorsque, en dehors du lobe temporal, d'autres parties de l'hémisphère gauche sont également atrophiées ; car le phénomène coexiste avec un affaiblissement psychique accentué. Tant qu'il y a un reste d'activité psychique, le réflexe de l'écho est inhibé, et il ne se produit pas sans un certain degré de cécité mentale. Ce n'est qu'après obstruction de toutes les voies du centre moteur du langage, que les excitations, ne pouvant plus susciter aucune compréhension, suivent la voie la plus ancienne de la région affectée au langage articulé, et sont répétées automatiquement, sous forme d'écho.

Un processus atrophique, limité à la région temporale, s'observe rarement, aussi l'auteur a-t-il constaté, ainsi que Pick, dans les cas d'écholalie, une atrophie générale du cerveau, ou pour le moins de l'hémisphère gauche. Dans le cas de Déjerine, le cerveau, sauf les lobes temporaux, était intact, d'où l'absence d'écholalie automatique.

L'auteur estime qu'en l'absence de foyer cérébral et de symptômes de paralysie, les troubles du langage, coïncidant avec un affaiblissement intellectuel, permettent de penser à des atrophies locales. Par contre, l'hypothèse de l'atrophie ne peut

être rejetée, parce qu'il existerait des phénomènes paralytiques sans troubles psychiques.

XIII. — *Du réflexe scapulo-huméral*; par le D^r Haenel (numéro de mai). — Etudiant le réflexe huméral, récemment signalé par Bechterew, comme ayant une signification pour le diagnostic des affections de la partie supérieure de la moelle, l'auteur s'est rendu compte qu'en ne localisant pas avec précision la percussion à un endroit de l'omoplate dépourvu de fibres musculaires, on produit, non des réflexes, mais des contractions dues à l'excitation directe des fibres musculaires. Tenant compte de ce fait, il a recherché le réflexe scapulo-huméral chez un grand nombre de sujets exempts d'affections nerveuses et ne l'a observé que dans 43,4 p. 100 des cas. Il en conclut que ce réflexe ne saurait avoir l'importance que lui attribue Bechterew, pour le diagnostic des affections médullaires.

XIV. — *Inversion expérimentale de l'inégalité pupillaire dans la paralysie générale*; par le D^r Pick (numéros de mai et juin). — L'auteur attire l'attention sur ce phénomène de l'inversion expérimentale de l'inégalité pupillaire dans la paralysie générale, qui contribue à expliquer le mécanisme très compliqué de l'innervation de l'iris, ainsi que les différences de l'état de la pupille dans la paralysie générale et les changements des réflexes pupillaires dans certains cas exceptionnels.

Dans deux cas de paralysie générale, il a pu, en commandant aux malades de fermer les yeux plusieurs fois de suite, changer expérimentalement l'inégalité pupillaire existante. La pupille gauche moins dilatée d'abord, se trouvait, après l'expérience, plus dilatée que la droite. L'explication est la suivante : par suite de la contraction énergique des orbiculaires, la pupille gauche, qui n'est pas complètement insensible à la lumière, revient, par suite d'une contraction légère, à sa dimension normale; tandis que la pupille droite, qui ne réagit plus à la lumière, se rétrécit beaucoup, et ensuite se dilate lentement : de cette façon, il arrive que, lorsque le malade rouvre les yeux, la pupille droite paraît moins dilatée que la gauche. Il y a donc inversion de l'inégalité pupillaire, produite par un effort musculaire.

Dans un autre cas, l'auteur a obtenu cette inversion en soumettant subitement les yeux à un éclairage puissant ou à l'obscurité. L'explication serait la suivante : La pupille gauche dilatée, qui était très sensible à la lumière, se rétrécissait sous

l'influence de l'éclairage de manière à avoir un diamètre inférieur à celui de la pupille droite, qui, insensible à la lumière, gardait sa dimension.

Enfin, ce même phénomène d'inversion s'est produit chez une paralytique (dont les pupilles étaient insensibles à la lumière), par des changements de convergence et d'accommodation. La malade regardait-elle un point rapproché, la pupille droite était moins dilatée; fixait-elle, au contraire, un point éloigné, le phénomène inverse s'observait. Il s'agit là d'une différence de la réaction d'accommodation.

Schwarz a d'ailleurs observé ce phénomène chez un jeune homme exempt de toute affection nerveuse.

L'auteur rapporte encore trois cas de paralysie générale où ce phénomène d'inversion ne pouvait être produit, et il explique comment la réaction des pupilles de ces malades, sous la triple influence de la lumière, de la contracture des orbiculaires et de l'accommodation, permettait de prévoir l'absence du phénomène d'inversion.

Il tire de ses observations les conclusions suivantes :

1° Il y a une inégalité pupillaire congénitale qui peut être intervertie expérimentalement, parce que la réaction à la lumière ou à l'accommodation n'est pas la même pour les deux yeux.

2° Dans la paralysie générale, il y a des cas où l'inégalité pupillaire peut être intervertie expérimentalement :

(a) Par changement d'éclairage, quand la pupille dilatée reste sensible à la lumière, l'autre étant insensible ou peu sensible.

b) Par changement d'accommodation, quand les pupilles insensibles à la lumière réagissent à l'accommodation d'une manière différente.

c) Par des mouvements volontaires des orbiculaires, quand la pupille dilatée, ou même l'autre aussi, est insensible à la lumière, à condition que la réaction d'accommodation soit plus marquée pour la pupille dilatée que pour la pupille non dilatée et restée impressionnable à la lumière.

3° Une pupille ne réagissant pas à la lumière directe, peut être influencée consensuellement par l'autre pupille restée sensible.

4° Les variations d'éclairage d'une pupille insensible à la lumière peuvent dans certains cas produire une réaction consensuelle de la pupille restée impressionnable.

5° Les cas ci-dessus mentionnés (3 et 4) prouvent l'existence d'un rapport anatomique direct entre le centre primaire des fibres pupillaires réflexes d'un côté, et le centre du sphincter de l'iris d'autre part.

XV. — *Observations psychologiques dans un cas d'intoxication par le gaz*; par le Dr Weygandt (numéro de juillet). — L'auteur, s'apprêtant à prendre un bain, avait brûlé 2 mètres cubes de gaz pour chauffer l'eau. S'étant mis à examiner au moyen d'une lampe électrique l'appareil qui venait d'être réparé, il se sentit pris de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, d'angoisse, de palpitations de cœur, de vertiges. La pièce n'avait que 13 mètres cubes. L'auteur se rappelle d'être allé se réfugier dans sa chambre à coucher, ou il se retrouva bientôt étendu sur le parquet, sans souvenir, se disant qu'il devait avoir eu une attaque d'épilepsie, d'autant plus qu'un confrère avait interprété dans ce sens quelques syncopes qu'il avait eues dans son enfance. Il cherchait à justifier ce diagnostic par certaines constatations antérieures, désir de voyager, etc., et se fixait déjà un traitement antiépileptique à suivre. Se relevant ensuite, il s'aperçut qu'il avait vomi, et alla péniblement s'étendre sur un divan dans son cabinet. Il se réveilla au bout d'une heure et demie, et en voyant les souillures de ses vêtements, il se rappela seulement que quelque chose d'anormal s'était passé. L'aspect de la salle de bain lui remet les faits à la mémoire. Éprouvant le besoin de se recoucher, il retire la clef pour que la femme de ménage puisse entrer, et rédige des instructions écrites, pour le cas où elle le trouverait sans connaissance. A l'arrivée de la femme, il ressent les mêmes malaises, demande de l'éther, prend un livre pour voir les effets toxiques du gaz d'éclairage et écrit à un confrère pour l'appeler à son secours. Inhalation d'oxygène. L'état s'améliore dans la nuit.

Des recherches faites à la salle de bain, prouvèrent qu'il n'y avait pas eu production d'oxyde de carbone, et qu'il s'agissait d'une asphyxie par l'acide carbonique, avec amnésie rétrograde; phénomène qui s'observe aussi dans certaines intoxications. Mais ce qui est à retenir, c'est qu'au temps de cette amnésie des faits récents, le souvenir des faits antérieurs était conservé, ainsi que le prouve la méditation sur l'épilepsie pendant l'accident.

Le contraste est frappant entre la perte de la faculté de percevoir et la conservation de la faculté d'association; ce qui

n'est pas le cas dans les intoxications, ni dans les altérations consécutives à la fatigue, à l'inanition, à l'insomnie.

L'intoxication par le trional fait seule exception. Cela indique une action élective de l'asphyxie par le gaz carbonique. On sait que Nissl a, au moyen d'intoxications diverses, constaté des lésions anatomiques variées sur les éléments corticaux; il y a donc lieu d'espérer qu'en constatant qu'à certaines intoxications correspondent chez l'animal des lésions anatomiques déterminées de l'écorce, et en constatant d'autre part que les mêmes intoxications produisent des accidents déterminés dans l'ordre psychique, on arrivera à établir le rapport qui existe entre les troubles physiologiques et entre les troubles psychiques.

XVI. — *Le phénomène visuel de l'arc-en-ciel*; par le Dr Albert Adamkiewicz (numéro de juillet). — Sous l'influence d'une douche froide, de la chaleur (celle d'un bec de gaz) agissant sur la tête, sous l'influence aussi d'un effort intellectuel ou à la suite d'un réveil subit durant la nuit, l'auteur a observé chez beaucoup d'individus le phénomène de l'arc-en-ciel. Il consiste en la formation, autour d'un point lumineux fixé, d'un disque dont les couleurs ont la disposition concentrique de celles de l'arc-en-ciel. Tantôt monoculaire, tantôt binoculaire, le phénomène est variable en durée et en intensité. Dans les cas les plus légers, il n'y a même pas de chromatopsie, mais seulement obscurcissement des régions voisines du foyer lumineux; par contre, dans les cas les plus graves, on voit à la place de l'arc-en-ciel, le foyer lumineux sous une forme vague, ou même on n'en a plus la perception lumineuse. Le champ visuel apparaît alors comme une tache grise centrale, et la périphérie seule demeure impressionnable à la lumière, il se produit des phénomènes endoptiques concomitants (phosphènes).

L'auteur explique ce fait par une contraction de l'artère centrale de la rétine, sous l'influence des causes mentionnées, et comme à côté du froid, figurent comme causes, l'excitation intellectuelle, l'insomnie, le sommeil, l'obscurité, l'auteur estime que la contraction de l'artère centrale de la rétine peut se produire spontanément et physiologiquement à l'état de sommeil dans l'obscurité, et, par voie réflexe, à la suite d'excitation intellectuelle. Pour ce dernier cas, il faut admettre un stimulus des nerfs vaso-moteurs, des fibres émanant du grand sympathique. L'état d'angoisse qui accompagne quelquefois la vue de l'arc-en-ciel, en est une preuve de plus.

L'importance de cette constatation, consiste, d'après l'auteur,

en ce qu'elle met en vue d'une manière frappante l'influence vaso-constrictive des excitations psychiques, sur un appareil situé dans le voisinage immédiat des organes centraux.

XVII. — *Le traitement de l'épilepsie d'après Toulouse et Richet*; par le D^r Näcke (numéro de juillet). — L'auteur rappelle les succès obtenus par le traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration (Toulouse, *Revue de psychiatrie*, 1900, n° 1). Il se montre assez enthousiaste de cette méthode, quoique, dit-il, ses avantages ne soient pas généralisés et semblent, pour le moment, restreints à l'épilepsie, il espère que le principe est appelé à être appliqué à la thérapeutique générale. En attendant, il craint que les épileptiques des asiles allemands ne consentent pas aussi facilement que ceux de France à se priver de sel, en raison de l'habitude prise de manger des mets plus salés. Il croit même que la consommation du sel dont les gens des classes supérieures ont une tendance à user avec excès dès qu'ils sont privés d'alcool, supplée chez eux à la sensation que produisait l'usage de l'alcool.

XVIII. — *Troubles et développement du langage*; par le D^r Liebmann (numéro d'août). — Küssmaul admet trois périodes dans le développement du langage. Dans la première (à trois mois), l'enfant n'émet que des sons; peu à peu il reproduit les syllabes du langage des adultes, c'est la seconde période. Mais à ce moment, toutes les lettres ne peuvent encore être prononcées, il y a une phase de bégaiement physiologique. Grâce au développement des facultés acoustiques et motrices, l'enfant arrive, à la troisième période, à avoir un langage sinon correct, du moins intelligible; il apprend à désigner les objets par leur nom, mais il n'emploie encore que des substantifs dont il complète le sens par des gestes ou par des variations du ton. Le langage avec forme grammaticale n'apparaît que vers la troisième année; grâce aux questions incessantes de l'enfant et à ses remarques, ce langage se perfectionne rapidement, et il devient courant par suite du développement harmonieux de la faculté motrice et de la faculté créatrice de mots. Ce développement harmonieux peut être entravé et le langage peut de ce fait être retardé.

La surdité peut fâcheusement influencer le développement de la faculté de produire des sons, l'ouïe étant essentielle pour la formation des mots qui, en cas de surdité, sont remplacés par des gestes. C'est ainsi que l'enfant dur d'oreille a un langage défectueux.

Le langage est aussi entravé par les malformations des organes de la phonation (gueule de loup, tumeur, etc.). Ces anomalies organiques retardent le développement des facultés motrices et acoustiques, ce qui explique l'insuccès des opérations tardives, au point de vue de la formation du langage.

A côté de ce bégaiement organique, il en existe un fonctionnel, imputable soit à la maladresse des organes, soit au défaut d'attention ou de mémoire acoustique.

Dans les cas extrêmes, l'enfant ne passe pas la première période (production de sons), et l'on a ainsi des muets non-sourds (Coën).

Le fait s'explique par des défectuosités dans les sphères centrales optiques-tactiles-motrices, ou acoustiques-tactiles-motrices. Les enfants ne parlent pas, parce que leurs organes maladroits ne peuvent former correctement des mots, ou parce que leur vie représentative est trop pauvre pour les exciter à parler.

Quant à la formation du langage avec observation des règles de la grammaire et de la syntaxe, il est des enfants chez lesquels elle s'établit très tardivement. Cela constitue l'agrammatisme. Il s'observe surtout chez les enfants qui ont parlé tard, ou ont eu longtemps un langage rudimentaire, ce qui les a empêchés d'entrer en relation avec l'entourage et a retardé leur développement intellectuel.

Il y a trois degrés d'agrammatisme. Dans le premier, l'enfant ne parle que par substantifs, et ne peut répéter des phrases. Dans le second, il n'a que des substantifs, mais peut répéter de petites phrases simples. Dans le troisième, il peut spontanément former des phrases, mais celles-ci sont embrouillées, tandis que les phrases prononcées par d'autres personnes peuvent être répétées correctement.

Les deux premières formes s'observent entre quatre et huit ans; la troisième a été observée par l'auteur chez des enfants de douze ans, et même chez des adultes ayant une certaine culture. Dans ces derniers cas, il y avait complication de nasillement ou de bégaiement.

L'agrammatisme est fréquent chez l'idiot; mais ce serait une erreur de croire que tout agrammatique est idiot. Cette infirmité tient souvent à un retard de la formation du langage, provoqué par l'isolement intellectuel dû au développement tardif de la parole. Elle est justiciable, dans ce cas, d'un traitement approprié. Il arrive aussi qu'il y ait défaut d'harmonie

entre le langage au point de vue de la formation et de la motricité.

Les enfants chez lesquels les mots sont formés avant le développement des facultés motrices, se trouvent surchargés de mots en quelque sorte, ils ne peuvent suffire à la besogne, et la coordination des mouvements du langage se trouve troublée par des hésitations, des corrections, des répétitions, qui amènent le bégaiement. Le trouble s'accroît encore si l'enfant a une tare névropathique, s'il subit une infection, un traumatisme ou même des observations inopportunes.

Chez les enfants très actifs, il arrive aussi que le bégaiement est dû au retard de la formation verbale par rapport aux facultés motrices. Le mot étant trouvé après mainte hésitation ou correction, l'enfant, pour rattraper le temps perdu, se presse, fait des fautes dont il se rend compte, se hâte de les corriger, et augmente encore de ce fait le trouble de son langage.

XIX. — *Du rôle de l'hérédité dans la paralysie générale progressive*; par le Dr Näcke (numéro d'août). — Dans un travail antérieur, basé sur cent observations personnelles, l'auteur a étudié l'influence de l'hérédité dans la genèse de la paralysie générale. Le rôle prépondérant attribué par lui à ce facteur ayant été contesté, il revient sur la question en publiant des cas nouveaux. Une étude très documentée portant sur cent cas, dont quarante-sept sont nouveaux, l'amène à conclure que la syphilis et l'hérédité sont des facteurs importants dans la genèse de la paralysie générale; mais que la condition principale est une constitution cérébrale, congénitale, spéciale, condition non encore connue dans son essence, et qui apparaît dans la plupart des cas comme un facteur nécessaire, indispensable. La syphilis ne peut exercer une influence que sur ce terrain spécial et agir alors concurremment avec d'autres facteurs, comme cause occasionnelle de la paralysie générale.

La syphilis seule, ou un autre facteur, ne suffirait à engendrer la paralysie générale, qu'en développant secondairement la constitution « paralytique » spéciale de l'encéphale, et en la faisant évoluer jusqu'à la maladie confirmée. Cet effet, elle peut évidemment le produire aussi quand la constitution paralytique est congénitale.

L'auteur rappelle, en terminant, le travail du Dr Ameline sur l'hérédité, et en particulier sur l'hérédité similaire de la paralysie générale (*Revue de psychiatrie*, 1900, n° 5, p. 157), et constate que ce travail confirme l'opinion émise par lui.

XX. — *Remarques sur le traitement de l'épilepsie par la méthode de Toulouse et Richet*; par le D^r Rumpf (numéro d'août). — Tout en reconnaissant les services rendus par la méthode de Toulouse et Richet, il faut reconnaître qu'elle n'est pas nouvelle, et que les considérations sur lesquelles se basent les deux médecins ne sont pas à l'abri de toute critique.

L'auteur cite des travaux de physiologistes qui établissent que le degré de chloruration, qui est au maximum chez l'enfant, est à peu près constant chez l'adulte. Quant à la substitution des composés du brome à ceux du chlore, l'auteur croit que la thèse ne peut guère se soutenir, l'affinité plus grande du chlore pour le sodium et le potassium étant un obstacle à cette substitution.

Comme, néanmoins, il a, avec une méthode de traitement analogue à celle de Toulouse et Richet, des succès réels depuis des années, il explique comme suit le mode d'action de cette méthode : Il est vraisemblable que l'accumulation dans l'organisme de certains résidus de désassimilation est la cause des crises d'épilepsie. Quand on prescrit une diète lactée ou végétale, on diminue l'introduction de matières extractives dans l'organisme, on ménage de ce fait le rein, qui peut mieux éliminer les résidus nuisibles.

La réduction de la dose de sel se fera ainsi par l'effet du régime, et cette mesure est d'autant plus fondée que l'on sait que viandes et poissons salés produisent dans l'organisme une accumulation d'acide urique, causée ou par un trouble des échanges, ou par une entrave à l'élimination.

D'autre part, il est possible que le brome, en se combinant avec les résidus qui provoquent les crises d'épilepsie, les rende inoffensifs. Or, les sels de brome sont décomposés dans l'organisme par les acides qui ont une grande affinité pour le potassium et le sodium.

Quand ces acides sont saturés, les sels de brome peuvent rester intacts dans l'organisme et y séjourner quelque temps. Comme, d'autre part, le brome a la propriété de se combiner avec certains produits de désassimilation, avec des composés de l'urine qui ont une odeur très forte, il est permis de supposer que ces nouveaux composés du brome ou facilitent l'élimination des résidus qui exercent une action nocive sur le système nerveux, ou contribuent à les rendre inoffensifs.

XXI. — *Nouvelle contribution sur le rétrécissement pupillaire à la suite de l'occlusion énergique des paupières*; par le

D^r J. Piltz (numéro de septembre). — Ce rétrécissement est-il dû à une contraction synergique de l'iris, par suite de l'excitation du centre oculomoteur, ou, au contraire, au changement de pression intraoculaire, provoqué par l'occlusion des paupières? L'auteur croit pouvoir répondre aujourd'hui à cette question, déjà traitée dans le Journal en mars 1900. Il s'appuie sur de nouvelles observations dans lesquelles il a constaté soit une réaction orbiculaire consensuelle soit un rétrécissement contralateral de la pupille, à la suite de l'occlusion d'un seul œil, sans contraction du muscle orbiculaire de l'œil examiné.

Cette réaction exclut l'hypothèse de la genèse du rétrécissement pupillaire par variation de la pression intraoculaire. En effet, si cette pression est modifiée par l'occlusion énergique d'un œil, elle n'est pas influencée dans l'autre œil qui présente néanmoins le phénomène d'un rétrécissement pupillaire. Ce phénomène constitue donc un mouvement synergique qui se produit en même temps que la contraction du muscle orbiculaire de l'autre côté, et il s'explique par une excitation concomitante du centre du sphincter. Les expériences de Hitzig et Ferrier, de Bechterew et de l'auteur lui-même, ont prouvé l'existence de centres cérébraux dont l'excitation produit simultanément du rétrécissement pupillaire et des mouvements associés du bulbe oculaire. Les observations faites à ce sujet par Mendel, Westphal, Bernhardt, Jolly viennent à l'appui de cette thèse, et font rejeter la théorie de la pression intraoculaire soutenue par Parisotti. Cette théorie ne saurait résister à la démonstration de l'existence d'une réaction pupillaire synergique de la contraction orbiculaire.

L'auteur s'appuie donc sur le phénomène du rétrécissement pupillaire produit par l'occlusion des yeux pour affirmer que ce rétrécissement est un mouvement synergique de l'iris qui accompagne la contraction du muscle orbiculaire et le mouvement simultané du bulbe en haut et en dehors. Il emploie deux procédés pour produire expérimentalement le phénomène en question : premièrement en pinçant fortement les paupières l'une contre l'autre, pour produire l'occlusion oculaire; secondement en écartant avec les doigts les deux paupières, tout en recommandant au patient de faire des efforts pour fermer les yeux. Dans cette seconde expérience le phénomène du rétrécissement pupillaire se produit encore, par suite des efforts faits par le muscle orbiculaire. — Par le premier procédé, le phénomène du rétrécissement pupillaire s'est produit deux fois sur

trente-trois sujets bien portants, par le second procédé seize fois. Dans les cas où le phénomène ne s'observe pas, il est masqué par des conditions défavorables ou par des compensations d'ordre physiologique. Aussi, l'auteur admet-il avec Wundt que le phénomène n'est pas d'ordre pathologique. Il est plus fréquent chez les paralytiques et les catatoniques, et l'explication que l'auteur donne de cette plus grande fréquence vient encore à l'appui du caractère physiologique du phénomène.

XXII. — *Nature clinique de l'affection désignée sous le nom d'érythrophobie*; par le D^r Friedlander (numéros de septembre et d'octobre). — L'auteur regrette la facilité avec laquelle, distrayant d'une affection polymorphe un symptôme qui d'ailleurs n'est pas constant, on en fait une entité morbide spéciale sous une dénomination nouvelle. Le cas s'est produit pour « l'érythrophobie ». Pour le prouver, l'auteur reprend l'historique et la critique de toutes les observations publiées depuis Casper en 1846 jusqu'à ces derniers temps, et il produit en outre cinq observations personnelles. Après Casper, Westphal publia des cas de la même affection; ensuite Eulenburg, d'après Behrend, publia de ces cas de paralysie vasomotrice, sous le nom de « rubor essentialis sive angioneuroticus ». Il cite un cas où l'affection avait un caractère familial, frappant à la fois un père de famille, ses sœurs et tous ses enfants. C'est en 1890 que Boucher ayant observé le symptôme en question chez deux héréditaires, introduisit en pathologie le nom d'hérythrophobie, dont le besoin d'après l'auteur, est au moins contestable. Vinrent ensuite les observations de Bechterew, celle de Pitres et Régis qui substituèrent éreuthopobie à erythrophobie, sans nécessité, estime l'auteur, les deux termes étant, par étymologie, synonymes. Les travaux de l'auteur russe et des médecins français furent suivis de beaucoup d'autres, parmi lesquels il faut citer ceux de Vespa.

Cependant Hoche, Jolly, Tuczeck se refusèrent à voir là une entité morbide nouvelle, et l'auteur rapporte sommairement tous les cas publiés, pour soutenir la même opinion.

D'après Bechterew la crainte de rougir serait une manifestation partielle de la crainte morbide qui précéderait la rougeur; le substratum anatomique consisterait en une excitabilité malsaine des centres vaso-dilatateurs de la substance corticale, centres qui seraient facilement excités par des impulsions psychiques, et aussi par suite d'onanisme, de neurasthénie, d'hérédité, etc.

Pour Pitres et Régis, l'érythrophobie comprend trois degrés :

1° L'éreuthose simple, sans sentiment de crainte, ou avec ce sentiment au moment seulement où le patient rougit ;

2° L'éreuthose émotive, état transitoire qui chez les héréditaires peut devenir durable, s'accompagnant de malaise sans aller jusqu'à la crainte obsessionnelle ;

3° L'éreuthrophobie ou éreuthose obsédante, avec malaises variés, tremblement, chaleur, excrétions involontaires même.

Un seul des huit cas de Pitres et Régis concerne une femme. D'après ces auteurs la maladie ne se développerait en plein qu'après la puberté, atteindrait surtout les héréditaires, les neurasthéniques, les hystériques à irritabilité psychique congénitale. Dans un seul cas la psychothérapie leur a donné quelques résultats ; ils conseillent avec Bechterew les autosuggestions systématiques.

Boucher compare l'état psychique de ses deux patients à celui de la claustrophobie et de l'agoraphobie.

Vespa admet l'hypothèse d'une entité morbide spéciale, différente des autres états d'angoisse et d'obsession, et attribue le principal rôle à l'hérédité ; il signale même des cas d'hérédité similaire rapportés par Bechterew et Tchigajew. Pour expliquer les trois espèces de troubles, vaso-moteurs, émotifs et intellectuels, Vespa trouve l'interprétation de Bechterew insuffisante, et fait intervenir des neurones allant d'une part du cerveau à la moelle allongée, d'autre part de celle-ci aux vaisseaux, neurones qui seraient affectés d'une irritabilité excessive.

Brossert voit comme Bechterew, dans l'érythrophobie, une variété de peur morbide.

S'en tenant-là pour les travaux des autres, l'auteur rapporte cinq observations personnelles, et l'examen de ces matériaux lui suggère les réflexions suivantes :

De ses cinq cas, dit-il, les premiers seraient classés par Pitres et Régis dans l'éreuthose simple, les autres dans l'éreuthose émotive, et le cinquième seulement dans la forme obsédante (ereuthrophobie). Cette gradation des symptômes observés prouve, d'après l'auteur, qu'il ne s'agit pas d'une forme spéciale de maladie. D'autre part, ce qui frappe dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, ce sont les tares héréditaires constatées chez tous les malades. On n'a pas d'observation d'érythrophobie chez un homme sans tare, dont le mal empire ou guérit ; il s'agit toujours d'individus à anomalies psychiques

multiples, parmi lesquelles la crainte de rougir tient accidentellement le premier rang.

Or, quelle est, dit l'auteur, l'affection dans laquelle nous trouvons comme causes étiologiques l'hérédité, l'onanisme, l'hypersensibilité sexuelle, l'excitabilité des centres vaso-moteurs? C'est la neurasthénie. C'est dans la neurasthénie aussi qu'on observe les mille variétés de phobies dont on n'a jamais songé à faire autant d'entités morbides. Il faut donc faire comme pour les autres manifestations de la neurasthénie, et ne voir dans l'érythrophobie qu'un symptôme fréquent de la neurasthénie, s'observant aussi dans l'hystérie et dans d'autres états dégénératifs. Aussi bien Pitres et Régis appellent-ils les erythrophobes « des neurasthéniques constitutionnels ».

Quant au traitement, l'auteur estime qu'il doit être celui de la neurasthénie, de l'hystérie. La suggestion hypnotique lui a réussi dans un de ses cinq cas, celui d'un confrère qui, ayant épuisé toutes les ressources, a eu recours à l'hypnotisme avec des dispositions spécialement favorables de « foi et d'espérance ». Mais le moyen impose des réserves, les névropathes étant déjà portés à aliéner leur volonté plus que ne le comportent et leur intérêt, et celui du médecin.

XXIII. — *La transmission des sons à travers les os du crâne dans les maladies du cerveau et de ses enveloppes*; par les D^{rs} Vanner et Gudden (numéros d'octobre et de novembre). Les auteurs ont étudié au moyen de la méthode acoustique de Bezold, à Munich, la transmission des sons à travers les os du crâne. Etudiant cette transmission sur des sujets sains et sur des malades atteints d'affections cérébrales organiques (tumeurs, méningites, etc.), ils ont constaté que la durée de la transmission des sons à travers les os crâniens, est diminuée en cas de maladie organique du cerveau. Leurs observations portent sur des lésions dont le diagnostic ne laissait pas place au doute, et qui furent, pour quelques-unes, constatées à l'autopsie. Or, d'une manière constante, dans tous les cas de lésion organique intra-cranienne, la durée de la transmission des vibrations du diapason était diminuée. Ce signe permet donc d'affirmer l'existence de la lésion. Un résultat négatif n'est pas concluant, d'après les auteurs, attendu que des lésions peu caractérisées pourraient bien ne pas diminuer la durée de la transmission des sons.

Parmi les lésions diminuant la durée des vibrations, les auteurs, se basant en cela sur les autopsies faites, citent en

première ligne les épaissements des méninges, les tumeurs intracrâniennes. Les auteurs expliquent le fait par l'expérience suivante : Quand, au lieu de poser le diapason directement sur un crâne, on intercale deux ou trois voûtes crâniennes, la durée des vibrations n'en est pas influencée ; si, au contraire, on applique à l'intérieur d'une boîte crânienne un tampon de gaze ou de coton, la durée des vibrations du diapason est diminuée de huit à dix secondes.

Cette diminution se produit aussi sur le vivant, quand on interpose un tampon entre la tête et le diapason.

Il y a là un moyen de diagnostic précieux, surtout dans les cas de lésions organiques avec absence des signes objectifs. Il est vrai que dans l'application, la technique des auteurs, qui ne peut être exposée en détail ici, présente quelques difficultés, et réclame une certaine expérience.

XXIV. — *Sur la signification du réflexe scapulo-huméral* ; par le Dr Bechterew (numéro de novembre). — Haenel a repris l'étude de ce réflexe qui a fait l'objet d'un article de l'auteur au commencement de l'année.

A la suite de ses recherches, Haenel s'est convaincu qu'il s'agissait non d'un réflexe périostal, mais d'une contraction musculaire idiopathique, et que le phénomène est d'ailleurs beaucoup moins constant (43 p. 100) que le réflexe du triceps, (80 p. 100) et du biceps (79 p. 100) ; et il en conclut que la valeur diagnostique de ce réflexe est douteuse, et cela d'autant plus que des différences dans l'intensité du réflexe du côté droit ou gauche n'ont été observées que trois fois sur 120 malades. L'auteur s'applique à prouver que, en raison même des points qu'il faut percuter pour provoquer le réflexe scapulo-huméral on est amené à lui attribuer une origine périostale, et il ajoute que, même en tenant pour exacts les chiffres de Haenel sur la fréquence du réflexe ou sur les différences de son intensité d'un côté ou de l'autre, la valeur diagnostique de ce signe n'en resterait pas moins établie, et serait surtout utile pour le diagnostic différentiel entre l'atrophie scapulo-humérale d'origine cérébrale et celles d'origine spinale ou névritique, dans les cas où ce diagnostic différentiel présente des difficultés.

Le médecin moderne, ajoute-t-il, n'a le droit de négliger aucune donnée pour compléter son diagnostic, et il ne considère qu'en second lieu la fréquence relative des faits observés ; rien n'est absolu dans la nature, et des réflexes dont la valeur n'est pas contestée (réflexe patellaire, réflexes du tendon d'Achille)

ne présentent pas cependant un caractère de constance absolue.

XXV. — *Vomissements par obsession*; par le Dr Bechterew (numéro de novembre). — Beaucoup de personnes ont des vomissements provoqués par des influences psychiques. Van Svaten raconte qu'ayant trouvé le long d'une route le cadavre putréfié d'un chien, il fut pris de vomissement, et, plusieurs années plus tard, passant au même endroit, et se rappelant l'incident, il se mit à vomir de nouveau. Il s'agit là, estime l'auteur, d'effets physiologiques, d'une irritabilité psychique exagérée au point que ce n'est pas seulement une odeur désagréable qui amène le vomissement, mais que cet acte peut être provoqué par le souvenir du vomissement antérieur. Mais il est des cas où des représentations de nature pathologique peuvent provoquer le phénomène du vomissement. Löwenfeld rapporte un cas, où l'idée de manger des mouches provoquait des vomissements, et l'auteur a observé deux cas de ces vomissements pathologiques, dont la genèse d'après lui, peut être comparée à celle de l'érythrophobie. Le premier cas concerne un artiste lyrique qui, au moment de monter en scène, sentait dans la gorge une impression analogue à celle que produirait une mouche avalée. Il en fut incommodé et eut envie de vomir. Dans la suite, il éprouva le même malaise chaque fois qu'il devait monter sur les planches, et ne parvint à conjurer les vomissements qu'en prenant des doses croissantes de cognac. La deuxième observation concerne une jeune femme qui, chaque fois qu'elle allait sortir de sa maison, éprouvait du malaise, avec battements de cœur, crainte de vomir, et souvent vomissements. Cet état maladif s'était établi à la suite de malaises, avec sensations de compression au cou, tremblement nerveux, et impression d'une bouchée de nourriture arrêtée dans l'œsophage.

Dans les deux cas, on voit que le phénomène morbide se produit au moment où le malade sent qu'il va être l'objet de l'attention du public (l'artiste va paraître en scène, la jeune femme doit aller en visite, au théâtre), l'origine est donc la même que celle donnée par Pitres, Régis, et par l'auteur, à l'érythrophobie. Là aussi le malade rougit sous l'influence d'une irritabilité psychique que lui cause le fait de se sentir l'objet de l'attention de son entourage.

Ce vomissement par obsession offre un exemple d'un état psychique accompagné d'une réaction motrice des muscles à fibres lisses, non soumis à la volonté. Dans la seconde obser-

vation, l'accès finissait quelque fois par une évacuation rectale ; ce qui prouve que l'obsession peut mettre en activité la partie inférieure du tube digestif, sous l'influence d'états psychiques affectant la forme de la peur.

XXVI. — *Le phénomène visuel de l'arc-en-ciel* ; par le Dr Salomonsohn (numéro de novembre). — L'auteur estime qu'en citant ce phénomène comme un fait non encore décrit, en juillet 1900, Adamkiewicz se trompe ; le phénomène étant décrit depuis deux siècles par les physiciens et par les ophtalmologistes, et spécialement par lui-même, dans son travail sur la diffraction de la lumière sur la cornée et le cristallin, et par Drault, dans les *Archives d'ophtalmologie* en 1898. Le phénomène peut avoir une origine extra ou intraoculaire. Dans le premier cas, il est produit par la diffraction de la lumière autour d'un foyer entouré de vapeur d'eau. Dans le deuxième cas, le phénomène peut être physiologiquement produit tantôt sous forme d'arc-en-ciel entourant directement le foyer lumineux, tantôt sous forme du même anneau lumineux séparé du foyer par un espace sombre. Dans le premier cas, c'est l'anneau de Meyer des auteurs ; il est produit par la diffraction de la lumière sur la cornée ; dans le second cas, le phénomène coïncide avec de la dilatation pupillaire, et est attribué par l'auteur, avec Drault, à la diffraction de la lumière sur les fibres radiées du cristallin. Quand, au contraire, le phénomène est d'origine pathologique, il affecte la première forme dans les cas d'irritation oculaire et d'inflammation de la conjonctive, et la seconde dans les cas de glaucome.

Les faits rapportés par Adamkiewicz sont, d'après l'auteur, à classer dans l'une ou l'autre des catégories énumérées ; quant aux cercles lumineux observés la nuit après extinction de la bougie, ils ne sont que des faits bien connus de la fonction rétinienne, tels que images consécutives, etc. L'interprétation d'Adamkiewicz est donc inadmissible, car si la contraction de l'artère centrale de la rétine peut produire des taches sombres, de l'amblyopie périphérique ou centrale, elle ne saurait donner lieu à la formation de phénomènes lumineux affectant la disposition des couleurs spectrales.

A la suite de cet article, Adamkiewicz produit les observations suivantes : le phénomène observé et décrit précédemment par lui (juillet 1900), est endoptique et n'a rien à voir avec le glaucome ; il ne saurait être confondu avec le phénomène bien connu de la diffraction de la lumière, soit à travers l'air hu-

mide, soit à travers l'œil malade. Il estime que Salomonsohn a mal compris sa communication; il promet de revenir sur ce point, et persiste dans l'interprétation du phénomène qu'il a été le premier à donner.

XXVII. — *Troubles psychiques survenant périodiquement*; par le professeur Kure, de Tockio (numéro de décembre). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans, appartenant à une famille où l'on a observé beaucoup de maladies nerveuses, ayant souffert elle-même de maux de tête fréquents depuis sa treizième année, et ayant présenté à la suite de son neuvième accouchement des troubles psychiques.

Ces troubles avaient un caractère périodique tellement régulier qu'il était possible de dire d'avance l'état mental qu'on allait observer. Le premier jour, la patiente se montrait irritable et méfiante, puis survenait un état d'anxiété avec délire et illusions. Cet état s'accroissait de plus en plus, l'angoisse et l'agitation augmentaient.

Peu à peu, à cet état d'excitation succédait un état de dépression, de stupeur, avec contractions fibrillaires de la face et mouvements involontaires de l'annulaire et du petit doigt. Les pupilles étaient rétrécies et ne réagissaient plus; enfin un état comparable au sommeil naturel s'établissait et durait à peu près trente heures. Après ce sommeil, l'état psychique restait normal durant trois à cinq jours, avec perte du souvenir des faits passés durant la crise. Se référant aux faits signalés par Féré, Westphal, Fischer, etc., relatifs au sommeil post-épileptique, l'auteur est porté à admettre la nature épileptique des crises observées, sans cependant oser l'affirmer d'une façon absolue.

XXVIII. — *De la réaction pupillaire dans l'état d'ébriété, sa signification médico-légale*; par le Dr H. Gudden (numéro de décembre). — Alors que la diminution de la réaction pupillaire a été établie par Moelli, Uthoff, Siemerling, Thomsen et d'autres auteurs dans l'état d'alcoolisme chronique, l'état de la pupille dans l'intoxication aiguë, dans l'ébriété, a été peu étudié. L'auteur a eu l'occasion de combler cette lacune dans la section psychiatrique de Munich, où, à la suite d'accidents arrivés au poste de police, on a fini par amener à l'asile un certain nombre de personnes arrêtées en état d'ébriété. Sur 800 admissions annuelles, cette catégorie fournit une proportion de 20 p. 100 pour les hommes, et 6 p. 100 pour les femmes.

Ces individus arrivent généralement dans un état d'excita-

tion suivi bientôt de quelques heures de sommeil, d'autres sont endormis dès l'admission et ne se réveillent même pas pendant qu'on les déshabille. Chez plus de la moitié des individus de la première catégorie, l'auteur a observé une diminution notable de la réaction de la pupille à la lumière, allant parfois jusqu'à l'immobilité complète. Cet état se prolongeait jusqu'à six et dix heures après l'admission, mais le plus souvent il disparaissait au réveil avec les symptômes d'excitation psychique de l'intoxication.

Une observation que publie l'auteur, prouve que le phénomène est plus marqué quand il s'agit d'un individu à cerveau d'ailleurs invalide. D'après l'auteur, il s'agit là d'un phénomène d'intoxication générale du cerveau, tel que ceux qu'on observe dans la narcose par le chloroforme ou par l'éther, et il est dès lors certain que ce symptôme s'accompagne d'un certain trouble de la conscience. L'auteur a, en effet, observé chez les individus admis une amnésie s'étendant aux faits qui se sont passés pendant plusieurs heures durant leur état d'ébriété. C'est de cette constatation qu'il estime que le médecin expert peut tirer profit pour apprécier l'état de conscience des délinquants en état d'ébriété. La diminution de la réaction pupillaire chez l'homme ivre, et même quelques heures après l'ivresse, constitue une preuve d'amnésie que l'auteur a fait valoir plusieurs fois pour obtenir l'acquittement de délinquants.

D^r AL. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des Thèses de Lyon

ANNÉE 1903

- I. — *La syphilophobie et son traitement. Etude étiologique et nosologique* ; par le D^r P. Guth. Th. Lyon, 1903. 68 pages.

Des romans récents ont donné un regain d'actualité à la question que traite ici l'auteur. Sous l'inspiration de M. le professeur Audry, de Toulouse, il l'a rajeunie par quelques considérations thérapeutiques, notamment en préconisant la substitution à la phobie spéciale, d'une manie, au sens vulgaire du mot (collectionnisme) et par l'indication de mesures prophylactiques applicables à l'armée et à la marine (l'auteur est élève du service de santé). Il distingue deux variétés de syphilophobes : les syphilophobes syphilitiques et les syphilophobes non syphilitiques, les premiers étant plus curables. La syphilophobie est en raison directe de l'émotivité et en raison inverse de la faculté de contrôle.

- II. — *La névrose d'angoisse*, par le D^r J. Glatard. Th. Lyon. Juillet 1903. 97 pages.

L'auteur, avec de nouvelles observations dont beaucoup sont dues à M. Tournier, reprend les idées déjà émises par ce dernier dans la thèse de Manaud (Lyon, 1900) et conclut de ses nouvelles recherches que la névrose d'angoisse constitue bien un syndrome spécial se détachant d'une part du tableau clinique de la neurasthénie, de l'autre de la dégénérescence héréditaire. Ce syndrome, constitué par de la tristesse, de l'inquiétude, une émotivité exagérée, un état habituel d'attente anxieuse dans lequel le sujet se sent constamment sous la menace d'un événement pénible et imminent, des phobies, des obsessions, des troubles vaso-moteurs, de l'hyperesthésie, notamment des zones d'hyperesthésie à la nuque et au cou, revêtant trois types cliniques d'évolution, provient de la non-satisfaction du sens sexuel

éveillé et surexcité, quelles qu'en soient les modalités (sensations physiques, amour sentimental, amour des enfants). A signaler une bibliographie très complète.

III. — *Etude critique sur quelques points de l'histologie normale et pathologique de la cellule nerveuse examinée par la méthode de Nissl à propos de recherches sur les altérations histologiques des centres nerveux dans les délires toxi-infectieux des alcooliques, le delirium tremens et le délire aigu*; par le D^r H. Carrier. Th. Lyon. Juillet 1903. 427 pages, 3 pl., 5 fig.

La ressemblance des lésions cellulaires corticales observées dans le délire aigu avec les altérations histologiques d'autres états morbides avait été relevée par M. le D^r Albert Carrier dans son rapport au Congrès de Limoges, et c'est ce fait qui a provoqué les recherches de M. H. Carrier, son fils, sur les analogies et les dissemblances qui peuvent exister dans l'histopathologie du délire aigu et du *delirium tremens*, affections qui se ressemblent par tant de points. Ce travail consciencieux et considérable s'est trouvé, par la force même des choses, étendu bien au delà des limites du sujet, et l'auteur a été ainsi conduit à écrire un véritable ouvrage classique de laboratoire; car, dans la première partie de sa thèse, outre un exposé méthodique des techniques employées, il a fait une critique très serrée de la méthode de Nissl, des résultats qu'elle peut donner ainsi que de tous les points controversés de l'histopathologie cellulaire nerveuse. C'est ainsi qu'il examine la signification et la valeur de la chromatolyse, le caractère des altérations cadavériques, les pigmentations, l'involution sénile, la question de la neurophagie et les caractères des différents éléments ronds que l'on rencontre autour des cellules nerveuses.

C'est dans la deuxième partie qu'il étudie les altérations histologiques des centres nerveux corticaux dans l'intoxication alcoolique chronique et dans les délires survenus chez les alcooliques au cours de toxi-infections. Les observations, très complètes sont accompagnées d'examen minutieux de tout le système nerveux central, cervelet compris. L'action toxique de l'alcool aboutit, en se prolongeant, à l'épuisement fonctionnel complet des éléments nerveux. Celui-ci se traduit par une forme anatomique spéciale, à savoir : l'aspect terne, vitreux, le bleu pâle uniforme au Nissl des éléments cellulaires (dégénération

trouble). Cette disparition complète des éléments chromatophiles s'accompagne généralement de l'atteinte de la substance achromatique, de la modification dans la constitution et la situation du noyau et du nucléole, enfin de la production rapide dans le protoplasma de granulations de dégénérescence jaune globulaire.

La troisième partie traite des altérations histologiques des centres nerveux dans le *delirium tremens* fébrile et le délire aigu. Dans le *delirium tremens* fébrile, neuro-myélo-encéphalite parenchymateuse aiguë, on retrouve les lésions anciennes dues à l'alcoolisme chronique : atrophie, dégénérescence pseudopigmentaire et graisseuse, vacuolisation d'un grand nombre de cellules, dégénérescence fibroïde hyaline et graisseuse des vaisseaux, légère hyperplasie de la névroglie, dégénérescence d'un certain nombre de fibres corticales. Sur ces lésions se greffent des lésions récentes, la dégénérescence trouble et la dégénérescence jaune globulaire aiguë, ainsi que des infiltrations vasculaires par les éléments ronds. Ces altérations, qui intéressent les diverses régions de l'écorce cérébrale, prédominent dans le lobe occipital, ce qui peut expliquer l'intensité des phénomènes hallucinatoires visuels. Dans le délire aigu on n'observerait que ces dernières lésions, les altérations anciennes faisant défaut.

IV. — *Contribution à l'étude des progrès de l'assistance et du traitement des aliénés aigus*; par le D^r A. Danjean. Th. Lyon, novembre 1903, 112 p.

Cette thèse est une intéressante revue des méthodes les plus récentes d'assistance, alitement, bain permanent, isolement, avec des détails spéciaux sur l'organisation allemande puisés dans les travaux du D^r Sérieux. C'est la constatation du progrès accompli à l'étranger en matière d'assistance des aliénés aigus et curables (car l'auteur réunit intentionnellement les deux épithètes qui, dit-il, se complètent mutuellement), et celle de l'impossibilité d'aboutir en France à des réformes analogues qui exigent, pour donner des résultats, une réorganisation complète de l'asile. J'y relève l'affirmation de la nécessité de séparer les aliénés curables des aliénés incurables, et de consacrer à ces deux groupes de malades non seulement des modes d'assistance, mais des établissements distincts.

V. — *La folie à Saint-Étienne. Contribution à l'étude de l'étiologie de la folie*; par le D^r E. Ploton. Th. Lyon, novembre 1903; 100 p.

Il est toujours intéressant d'étudier les manifestations psychiques ou psycho-pathologiques d'un groupement limité; aussi l'auteur a-t-il bien fait de noter les conditions étiologiques de la folie dans une ville à vie aussi particulière que Saint-Étienne, ce qui lui a permis de relever un fait intéressant, c'est que, contrairement à ce qui se passe ailleurs, la folie est aussi fréquente à Saint-Étienne chez la femme que chez l'homme; on doit, dit l'auteur, en chercher la raison dans ce fait que les conditions d'existence et le genre de vie y sont sensiblement les mêmes pour les deux sexes. La femme y est en effet une ouvrière travaillant comme l'homme et exécute souvent le même genre de travaux et est exposée aux mêmes atteintes cérébrales. M. Roux, qui a inspiré la thèse, a fait revenir son élève sur la nécessité de créer des hôpitaux d'aliénés curables et de délirants.

VI. — *De l'érostratisme ou vanité criminelle*; par le D^r P. Valette. Th. Lyon, décembre 1903.

Après avoir signalé le rôle de l'élément vanité dans l'exécution d'un crime depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, rôle de plus en plus marqué à l'époque actuelle, l'auteur en établit la valeur symptomatique au point de vue médico-légal, et le caractère révélateur de dégénérescence. Il pense que le développement moderne de cet élément tient à l'influence de la presse, à la publicité des débats et à la publicité des exécutions capitales et, constatant l'impuissance à lutter contre le premier facteur, il pense qu'on pourrait agir sur les deux autres en supprimant ou diminuant cette publicité excessive.

VII. — *Le tremblement et les spasmes mnémoniques*; par le D^r J. Grenier (Th. Lyon, décembre 1903, 54 p.).

L'auteur a étudié, sur cinq sujets du service du professeur Pierret et un du service du D^r Pic, le tremblement ou les mouvements spasmodiques plus ou moins généralisés qui prennent naissance chez certains hémiplégiques anciens, au moment de

l'effort psychique, de celui de la mémoire en particulier. Ces troubles moteurs ne sont qu'une variété des mouvements posthémiplegiques qui se produisent surtout du même côté que l'hémiplegie, quoiqu'on les trouve aussi à un faible degré du côté opposé. Ils surviennent le plus souvent chez des malades ayant eu une hémiplegie légère et transitoire. Ils peuvent même se manifester quand celle-ci a entièrement disparu et, dans ce cas, leur existence suffit à elle seule à établir un diagnostic rétrospectif d'hémiplegie ancienne. L'effort de rappel s'accompagne souvent d'un sentiment d'angoisse qui se reflète sur le visage et qui persiste aussi longtemps que la trémulation mnémonique. Celle-ci est due au vice de fonctionnement des cellules nerveuses situées au voisinage de la cicatrice de la lésion ayant causé l'hémiplegie ancienne, et dont les fonctions comme la nutrition se font dans des conditions anormales.

VIII. — *Lésions du cervelet chez les paralytiques généraux et les déments*; par le Dr P. Jeanty (Th. Lyon, décembre 1903, 76 p., 8 pl., 20 fig.).

L'étude de M. Jeanty est un essai de synthèse des lésions du cervelet dans les démences vésaniques, séniles, précoces, et dans les paralysies générales classiques, ainsi que dans les types tabes moteur et tabes sensitif. L'auteur a réuni ses recherches propres faites au laboratoire du professeur Pierret, au travail communiqué par M. Taty et lui au dernier Congrès de Bruxelles, et aux données acquises par M. Bridier, qui avait étudié le cervelet des déments en même temps que le cerveau pour sa thèse (Lyon 1902). Il a par comparaison examiné le cervelet dans trois cas d'encéphalo-méningite aiguë et un cas de granulie. Il ressort de ces examens que dans les encéphalites aiguës, le cervelet paraît présenter une résistance plus grande que le cerveau au processus inflammatoire, qu'il est néanmoins atteint, mais que la maladie ne touche pas immédiatement, tout au moins d'une façon grave dans sa forme, la cellule de Purkinje. La lésion cérébelleuse est néanmoins constante et se traduit surtout par des diapédèses et des infiltrations leucocytaires intenses autour des cellules et dans les méninges. Dans les méningo-encéphalites chroniques diffuses au contraire, la participation du cervelet est notable et la gravité des lésions semble aller en croissant depuis les formes où le tabes sensitif s'accompagne de syndrome paralytique,

jusqu'à celles de tabes moteur où elles atteignent leur maximum. Si par comparaison, on examine les cervelets de déments, on constate également leur altération; mais les lésions au lieu d'avoir le caractère de lésions destructives généralisées, ont plutôt celui d'atrophie. Il y a néanmoins des destructions partielles, mais il y a aussi survie de certaines cellules, dans des conditions de vitalité amoindrie, il est vrai. Le cervelet reflète en somme l'état du cerveau, avec un retard, dû, semble-t-il, à sa plus grande force de résistance. L'auteur note la gravité des lésions dans les cas où les troubles moteurs ont été les plus accentués et où les malades ont dû rester alités longtemps.

TH. TATY.

L'assistenza dei Pazzi nel manicomio e nella famiglia (L'assistance des aliénés à l'asile et dans la famille); par le Dr Pieraccini, sous-directeur de l'asile de Macerata. Milan, 1901.

Ce manuel, de faible volume (260 pages), de format commode, d'aspect agréable et de divisions aussi claires que pratiques, est destiné, dans la pensée de l'auteur, à l'instruction des gardiens et gardiennes d'asile. Il s'ouvre par une préface du professeur Morselli, dans laquelle ce dernier, après avoir rappelé l'organisation de cours spéciaux pour infirmiers, surtout en Allemagne et en Angleterre, insiste sur l'utilité que le malade, d'abord, et ensuite le médecin retireraient de l'assistance à eux prêtée par des aides expérimentés — et laïques.

L'écrivain, dans un style simple et d'allure presque familière, c'est-à-dire tout à fait en harmonie avec le genre de lecteurs qu'il désire avoir, définit d'abord la folie, « maladie du cerveau comme la phtisie est une affection du poumon, la néphrite une inflammation des reins, etc... Le fou est donc un malade, rien autre chose qu'un malade... » Il faut, en conséquence, le traiter comme tel. Suivent, compendieusement mais nettement décrites, les diverses expressions par lesquelles la folie diffère du bon sens : illusions, hallucinations, impulsions, délire, dépression, excitation, sitiophobie, etc. — Définition de l'asile moderne, (qui, si la description fleurie qu'en donne Pieracini constitue, en Italie, non point seulement un desideratum, mais une solide réalité, rappellerait fort cette heureuse Thélème chère à Messire Alcofribras... *O fortunatos nimium... Italicos!* Nos

malades n'en sont pas là, malheureusement!) — Analyse des services généraux : Conciergerie, économat, lingerie... Bains. Sur ce dernier article, les instructions données sont des plus minutieuses, aussi bien que les notions techniques nécessaires, soit à un baigneur en titre, soit à son suppléant éventuel. — Sections diverses d'un asile : Services communs à toutes les sections (dortoirs, salles de réunion, réfectoires, etc.); section d'observation; section des tranquilles; section des malpropres; section des agités; section des pensionnaires et travailleurs (colonie industrielle, colonie agricole); section d'infirmerie. Toutes ces divisions manicomiales font, chacune en son particulier, l'objet de conseils et d'enseignements propres à la catégorie des malades qu'elles enferment (soins à donner aux gâteux, mise de la camisole, de la sangle, des entraves; surveillance du travail, etc.); mais la dernière, vu son caractère tout spécial, comporte de plus longs et de plus parfaits développements.

Ce chapitre, le IX^e, occupe à lui seul, 81 pages, soit le tiers du volume, et mérite une attention sérieuse. Il débute par des avis sur la vigilance à exercer, en toute occasion, touchant l'alimentation, le facies, les fonctions, l'appétit, l'attitude, etc. des aliénés, en général; sur l'opportunité de placer le thermomètre, d'aviser le service médical et de procéder commodément, s'il y a lieu, au transport du malade. Celui-ci dûment alité, quelle conduite devront tenir les infirmiers? L'enseignement qui leur est nécessaire ne saurait être entier sans quelques notions de grosse anatomie; c'est donc là notre premier paragraphe. Un précis de thermométrie clinique lui succède, suivi lui-même d'indications sur le pouls et la respiration. Les infections et les contagions, les désinfections générales et l'antisepsie des plaies ou blessures sont exposées à leur tour, puis la manière de transporter les malades et de les mettre au lit. Les façons de disposer la literie, sa composition selon le genre de malades auxquels elle est destinée, les soins à donner à ceux-ci pour les réchauffer, les nettoyer, les changer de couche sont décrits dans l'alinéa suivant; puis, viennent des aperçus sur l'alimentation normale et forcée, sur l'administration des médicaments internes, des injections hypodermiques et intramusculaires, sur les irrigations cavitaires et l'application des différents moyens thérapeutiques d'usage externe (collyres, glace, fomentations, cataplasmes, sangsues, ventouses, etc.). Quelques lignes, enfin, sont consacrées encore au cathétérisme vésical, à l'hémostase, à la distinction entre la mort réelle et la mort

apparente avec les moyens immédiats de juger celle-ci (les tractions rythmées ne figurent pas).

Le chapitre X énumère les services et les devoirs moraux communs aux infirmiers de toutes sections : garde de nuit, propreté personnelle, tenue au cours de la visite, attitude devant un aliéné injurieux ou menaçant, neutralité politique, morale et religieuse en face des malades, conduite durant la visite des parents, responsabilité morale, disciplinaire et pénale des gardiens, etc.

Le chapitre XI traite du placement familial. Ici, la situation de l'infirmier diffère un peu de celle qui lui est faite à l'asile ; tout en s'inspirant des principes à lui enseignés, il devra faire montre d'un sentiment plus grand des responsabilités et d'un tact infini tant à l'endroit des parents que du malade, « cherchant à gagner la sympathie et la confiance de celui-ci, et à s'assurer un ferme ascendant, de manière à bien se poser à ses yeux en ami respectueux et empressé, mais aussi en modérateur résolu de ses caprices... »

Le manuel se termine par un appendice : De la meilleure méthode pour assurer le transfert des aliénés. Conseils très pratiques, très détaillés, presque minutieux sur la conduite à tenir dans une infinité de cas, selon les moyens de transport, le caractère des patients, leur nombre, les circonstances de l'admission, etc.

Somme toute, ce petit livre, dont notre compte rendu ne peut malheureusement fournir qu'une idée très insuffisante, nous paraît digne du but qu'il se propose ; d'autres, même, que des infirmiers y pourraient glaner avec profit. Souhaitons seulement que les lecteurs convaincus ne lui fassent pas défaut.

E. NICOLAU.

Tabes und Psychose (Tabes et psychose) ; par le Dr Cassirer (Berlin). Monographie de 125 pages. Karger, éditeur, Berlin.

L'auteur développe cet intéressant sujet à l'aide des nombreux cas de tabes qu'il eut l'occasion d'étudier à la polyclinique du professeur Oppenheim, de Berlin.

La question du rapport du tabes et de la paralysie générale est étudiée largement à l'aide des arguments se rapportant à la clinique, à l'anatomie pathologique et à l'étiologie ; il s'efforce de montrer comme non fondées les opinions de Mott, Schäffer,

Raymond, Nageotte, etc., qui veulent admettre les deux processus morbides comme étant identiques, et de prouver à l'instar des vues de Fürstner qu'on pourrait plutôt aider au progrès de nos connaissances en n'identifiant pas la paralysie générale et le tabes.

Si, au point de vue étiologique nous sommes d'accord pour admettre la syphilis comme le facteur constant dans les deux affections, il reste cependant encore indécis sur le mode d'action de cet agent et s'il constitue à lui seul la condition *sine qua non* dans les deux maladies.

En ce qui touche les données anatomiques, malgré les nombreux travaux, les résultats ne sont pas encore arrivés à une conclusion définitive, de façon que à ce point de vue la pathogénie unitaire des deux affections n'est pas justifiée. Il en est de même dans le domaine de la clinique.

Toutes les fois que nous rencontrons chez un tabétique des anomalies du côté de sa mentalité, nous sommes poussés à penser en première ligne qu'il s'agirait peut-être de paralysie générale. Cependant nous ne devons point négliger qu'une combinaison du tabes avec des phénomènes morbides psychiques autres que ceux qu'on observe dans la paralysie générale est toujours possible. A cet effet l'auteur étudie les divers troubles mentaux qui peuvent accompagner le tabes.

On peut rencontrer au cours du tabes des signes psychiques élémentaires, transitoires ou durables, lesquels, par suite de leur simplicité et intensité légère, ne justifient pas la dénomination de psychose proprement dite. Mais d'autre part il peut survenir de vraies psychoses, qui se développent d'une façon manifeste, compliquant ainsi l'affection somatique. Des troubles dans les domaines de l'affectivité, du caractère, de l'intelligence ne constituent pas toujours les signes d'une paralysie générale au début, comme le prétendent Möbius, Nageotte, etc.

On voit le plus souvent, accompagnant le tabes, un complexe symptomatique neurasthénique. C'est la tabo-neurasthénie. Les facteurs qui lui donnent naissance sont nombreux : douleurs variables, modifications se passant du côté des différentes fonctions organiques, sensations subjectives anormales, etc., signes que nous rencontrons si fréquemment chez les tabétiques. Dans de pareils cas il reste à savoir si la neurasthénie est fonction d'une paralysie générale, chose qui souvent soulève des grosses difficultés. La distinction au fond existe ; car il y a bien des tabétiques qui peuvent traîner toute leur

vie les signes d'une neurasthénie légère ou grave sans cependant arriver à tomber dans la paralysie générale. Des causes différentes, des troubles dans le rapport social des malades, l'insomnie par suite de la maladie, peuvent occasionner l'éclosion de la psychose. Mais des liaisons semblables ne signifient rien concernant le rapport du tabes et la paralysie générale; elles sont simplement de seconde nature et surviennent dans toutes les formes des psychoses du tabes.

Fréquemment on rencontre aussi au cours du tabes des troubles psycho-sensoriels, hallucinatoires qui restent longtemps autonomes sans conduire au développement d'une psychose bien définie. L'auteur parle, à cette occasion, des « crises hallucinatoires », en admettant un rapport étroit entre celles-ci et le processus tabétique.

Il existerait dans ces cas une hyperexcitabilité sensorielle, comme il y a l'hyperexcitabilité sensitive, symptôme certain de la maladie.

Des états paranoïques, des psychoses affectives dans le sens de Wernicke (manie, mélancolie) peuvent se combiner avec le tabes sans que tous ces phénomènes morbides conduisent nécessairement à la paralysie générale.

Donc pour le Dr Cassirer, le tabes peut se compliquer de psychoses générales, aiguës, graves et qui ne sont point de nature paralytique.

Le tabes associé à la catatonie et la démence précoce se voit rarement. Des cas de débilité ético-intellectuelle compliquée de tabes pourraient faire penser à une paralysie générale. De même on rencontre le tabes avec l'épilepsie se développant tous deux sur un terrain syphilitique (épilepsie parasyphilitique de Fournier, Nonne).

Les intoxications se combinent-elles avec le tabes? Cassirer a vu un cas de morphinisme à l'asile de Daldorf. Quand l'affection médullaire s'associe à l'alcoolisme il est parfois difficile de faire un diagnostic exact. Il y a des paralysies générales où on rencontre l'appoint alcoolique se surajoutant. Les nombreux cas de tabes avec psychose alcoolique décrites sont assez douteux pour l'auteur. Le délire alcoolique peut accompagner le tabes ou bien le précéder, se traduisant alors par plusieurs bouffées délirantes. Dans tous ces cas le criterium nous est donné par le traitement, l'abstinence.

Enfin le diagnostic devient énormément difficile dans les cas de tabes se combinant avec des processus syphilitiques. Ces

dernières affections ne doivent pas être confondues toujours avec la paralysie générale. Le point important réside dans le fait que dans cette dernière affection la démence est toujours primitive.

Comme on voit, par ce résumé, le travail du D^r Cassirer est intéressant sous bien des rapports, les faits cliniques y abondent.

D^r Soutzo fils, Bucarest.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Ueber Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen. Eine klinische Studie; par le P^r D^r Ernst Schultze, de Bonn. 276 pages in-8°. Iéna. Gustav Fischer, 1904.

— Le sens des attitudes; par Pierre Bonnier. 115 pages in-8°. Paris. C. Naud, 1904.

— Les lois morbides de l'association des idées; par le D^r M. Pelletier. 1 vol. in-18 de 151 pages. Paris, Jules Roussel, 1904.

— L'instinct sexuel et ses manifestations morbides au double point de vue de la jurisprudence et de la psychiatrie; par le P^r Tarnowsky. Préface du professeur Lacassagne. Ouvrage suivi d'une Bibliographie générale des ouvrages traitant de l'inversion sexuelle. 1 vol. in-8° de 304 pages. Paris, Charles Carrington, 1904.

— Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte; par le P^r Kraepelin. II Band. Klinische Psychiatrie. 7^e édit., 1 vol. in-8° de 892 pages avec planches et figures. Leipzig, J.-A. Barth, 1904.

— Ueber die Pathogenese des spezifischen Wahns bei Paralytikern. Ein Beitrag zu psychologisch-experimentellen Untersuchungen über die Dementia paralytica; par le D^r Adam Wizel. 11 pages in-8°. Extrait du *Neurologisches Centralblatt*, 1903, n^{os} 14 et 15.

— Report of the trustees and superintendent of the Butler hospital presented to the corporation at its sixtieth annual meeting, januar 27, 1903. Providence, R. I. 51 pages avec planches, 1904.

— Un nouveau cas de paralysie générale conjugale; par le D^r A. Cullerre. 3 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1904, n^o 98.

— Les frontières de la maladie; par le D^r J. Héricourt. 1 vol. in-18 de 285 pages de la *Bibliothèque de philosophie scientifique*. Paris, Ernest Flammarion, s. d.

— Ein Fall von phänomenalen Rechen-talent bei einem Imbecillen; par le D^r Adam Wizel. 37 pages in-8°. Extrait des *Archiv für Psychiatrie*. Bd. 38. Heft I.

— Démence précoce. Anatomie pathologique et pathogénie; par Klippel, médecin, et Lhermitte, interne des hôpitaux. 34 pages in-8°. Extrait de la *Revue de psychiatrie*, février 1904.

— Twenty-fourth annual report of the State hospital for the insane S. E. district of Pennsylvania, Norristown, Pa., for the year ending september 30, 1903. 88 pages in-8°, 1903.

— Die Psychologie der Dekadenten; par Fritz Brupbacher. 93 pages in-18. Zurich-Ruchlikon, H. Thurow et C^{ie}, 1904.

— Ricerche sul rocambio materiale nei dementi precoci. I. La eliminazione del bleu di metilene e del joduro di potassio per via renale. Nota preventiva; par les D^{rs} Antonio d'Ormea et Ferdinando Maggiotto. 6 pages, in-8°. Extrait de la *Riforma medica*. Anno XX, num. 5. Palerme, s. d.

— Rapport sur l'assistance publique des aliénés en Roumanie; par le D^r Soutzo, professeur de clinique mentale à l'Université de Bucharest. 8 pages, in-8°. Extrait des Comptes rendus du Congrès international de l'Assistance des aliénés. Anvers, 1902.

— Die Untersuchung Nervenkranker und allgemeine neurologische Diagnostik; par le D^r P. Schuster, de Berlin. 104 pages, in-8°. Extrait du *Deutsche Klinik*, Berlin, Urban et Schwarzenberg, 1904.

— Situation actuelle de la colonie de Gheel; par le D^r J. Al. Peeters, médecin-directeur. 15 pages, in-8°. Moll, 1904.

— Protestant hospital for the insane. Verdun, Montréal. que. Annual report for the year 1903. 57 pages in-8° avec portraits. Montréal, 1904.

— In causa di allegata captazione di Testamento. Testatrice: Contessa Dina Gozzadini. Perizia psichiatrica; par le P^r Enrico Morselli. 233 pages in-8°. Bologna, 1903.

— Gegenwärtiger Stand der Bestrebungen zur Errichtung von Volksnervenheilstätten; par le D^r Bresler, médecin en chef de l'asile de Lublinitz (Silésie). 8 pages in-8°. Extrait des *Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin*, 1902.

— Erbsyphilis und Nervensystem; par le D^r Joh. Bresler. 43 pages in-8°. Extrait des *Schmidt's Jahrbücher*, 1904.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants

idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1902; par le D^r Bourneville, avec la collaboration de MM. Ambard, Berthoud, Blumenfeld, Boyer, Crouzon, Lemaire, etc. Tome XXIII. 1 vol. in-8° cxx — 304 pages avec 38 figure. et 10 planches. Paris, librairie du *Progrès médical*, 1903.

— Beiträge zum diagnostischen und therapeutischen Wert der Quinke'schen Lumbalpunktion; par le D^r Julius Donath. 18 pages in-8°. Extrait de *Wiener medizinischen Wochenschrift*, 1904, n° 49.

— Contribution au diagnostic clinique de la démence précoce; par le D^r G. Darcanne. 120 pages in-8°. Paris, A. Michalon, 1904.

— Zur Lehre von der Dementia præcox; par le D^r Erwin Stransky. 19 pages in-8°. Extrait du *Centralblatt für Newenheilkunde und Psychiatrie*. Janvier 1904.

— Zur Erinnerung an Friedrich Jolly; par le D^r Ernst Siemerling. 32 pages in-8° avec portrait. Berlin, August Hirschwald, 1904.

— Asile d'aliénés de Maréville. Rapport médical sur le service des hommes pour l'année 1902; par le D^r Vernet, médecin en chef. 23 pages in-8°. Nancy, 1903.

— Kraniectomie bei Epilepsien verschiedenen Ursprungs; par le D^r Julius Donath. 15 pages in-8°. Extrait du *Wiener Klinischen Wochenschrift*, 1903, n° 46.

— Fiftieth annual report of the trustees of the Taunton insane hospital for the year ending september 30, 1903. 61 pages in-8°. Boston, 1904.

— Schweizerhof Privat-Theilanstalt für Nerven und Psychischkranke weiblichen Geschlechts. Dritter Bericht fünfzig Jahre nach seiner Gründung 17 Dezember 1853 bis 17 Dezember 1903. Geschichte. Beschreibung. Wissenschaftliche Beiträge. 1 vol. in-folio avec portrait, plans, etc. Berlin, Georg Reimer, 1903.

ASSOCIATION MUTUELLE

DÉS

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 30 mai 1904.

Présidence de M. CHRISTIAN, président.

L'assemblée générale s'est tenue à 3 heures, rue de Seine, sous la présidence de M. Christian.

Excusés par lettre : MM. Roubinowitch et Picard.

M. Semelaigne fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare qu'après examen, les comptes ont été reconnus exacts.

L'assemblée générale approuve les comptes du trésorier pour l'année 1903 et vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Giraud, pour la lecture du rapport annuel.

Rapport du secrétaire.

MESSIEURS,

J'ai, conformément aux statuts, à vous présenter le rapport sur la situation de notre Association, et vous allez entendre le trente-huitième rapport annuel.

Comme tous les ans, je rappelle que l'œuvre fondée par Baillarger en 1865 n'a pas cessé de venir en aide aux infortunes se révélant dans le groupe restreint des médecins aliénistes. Nous secourons des veuves, des enfants, parfois des confrères dans la gêne. Votre bureau et votre conseil d'administration savent combien ces secours sont nécessaires, et, lorsqu'une infortune nouvelle se révèle, le secours est donné le plus promptement possible, sous le contrôle du conseil d'administration.

Sauf une exception datant des premières années de la fon-

dation de l'œuvre, exception que l'assemblée générale a votée tous les ans en mémoire de Baillarger qui l'avait demandée, la condition nécessaire pour avoir droit au secours, quand une infortune se révèle, est que le médecin aliéniste fasse partie de notre Association, soit comme membre fondateur, soit comme membre sociétaire.

Pour continuer une pieuse tradition, j'ai à mentionner que Brierre de Boismont, Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, A. Semelaigne, Bouchereau, Henri Dagonet forment la liste de nos confrères disparus ayant été les bienfaiteurs de notre Association.

La mort nous a enlevé un de nos membres depuis la précédente assemblée générale. Nous avons perdu Pons qui était membre fondateur de l'Association depuis l'année 1881. J'avais connu Pons, tout au début de mes études médicales, quand il était interne à l'asile de Marseille, où mon père était médecin en chef, en 1864.

Peu de temps après le départ de mon père, Pons avait quitté Marseille pour devenir interne de Dumesnil à l'asile de Quatre-Mares. À la fin de l'année 1866, j'ai retrouvé Pons à Paris, où nous avons été camarades d'études.

Reçu docteur, Pons ne se décida pas de suite à demander un poste de médecin dans les asiles d'aliénés. C'est en 1875 seulement qu'il fut nommé médecin-adjoint de l'asile de Toulouse. Son début ne fut pas heureux ; il rencontra des difficultés dans ce poste, et après deux années à Toulouse, fut sur sa demande nommé médecin en chef de l'asile privé, faisant fonction d'asile public, de Saint-Pons près Nice. Quelques années après, il rentra dans le service public et passa successivement par les asiles de Bailleul, Marseille, Pau, enfin Bordeaux où il eut un séjour d'environ quinze années. Pons ne cherchait pas l'occasion de paraître, et suivait peu nos congrès, et pourtant c'était un travailleur. Il était collaborateur des *Annales médico-psychologiques*, où il a publié un certain nombre de mémoires, et où il donnait l'analyse des publications anglaises. Notre collègue Ritti lui a consacré une notice nécrologique émue. Nous perdons dans Pons un membre déjà ancien parmi nous. Votre secrétaire perd un de ses camarades d'études.

Le conseil d'administration a, depuis votre dernière assemblée générale, admis comme sociétaires M. le D^r Brunet, médecin-adjoint à l'asile Saint-Yon et M. le D^r Vernet, médecin-adjoint à l'asile de Moulins, auxquels vous souhaiterez la bienvenue.

Nous avons le plaisir de compter un asile souscripteur nouveau, celui de Sainte-Catherine d'Yzeure, et l'asile de Bordeaux a porté sa souscription de 25 francs à 100 francs. Vous

n'hésitez pas à voter des remerciements à MM. les D^{rs} Bourdin et Anglade, grâce auxquels nous devons ces nouvelles souscriptions.

Nous avons eu le regret d'apprendre que le Conseil général du département de Vaucluse avait supprimé la souscription de l'asile de Mont-de-Vergues.

L'Association compte à la date d'aujourd'hui :

Membres à vie.	2
— fondateurs.	52
— sociétaires.	91
Total des membres. . .	145

Les asiles souscripteurs sont au nombre de trente-cinq, avec les souscriptions suivantes :

Asile public de Sainte-Catherine (Allier). .	25 fr.
— de Prémontré (Aisne).. . . .	100
— de Saint-Lizier (Ariège). . . .	50
— d'Aix (Bouches-du-Rhône). . .	50
— de Marseille (Bouches-du-Rhône) ne)	50
— de Dijon (Côte-d'Or).	100
— d'Evreux (Eure).	100
— de Bonneval (Eure-et-Loir) . .	50
— de Quimper (Finistère)	100
— de Toulouse (Haute-Garonne) .	100
— d'Auch (Gers).	100
— de Bordeaux (Gironde).	100
— de Rennes (Ille-et-Vilaine). . .	100
— de Dôle (Jura).	100
— de Blois (Loir-et-Cher)	100
— de Saint-Alban (Lozère)	25
— de Châlons (Marne)	100
— de Saint-Dizier (Haute-Marne). .	100
— de La Roche-Gandon (Mayenne)	100
— de Maréville (Meurthe-Moselle).	100
— de Lesvellec (Morbihan)	100
— d'Armentières (Nord)	100
— de Bailleul (Nord).	100
— de Clermont (Oise).	100
— de Saint-Robert (Isère).	100
— d'Alençon (Orne)	50
— de Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100
— de Pau (Basses-Pyrénées).. . .	100

Asile public de Bron (Rhône)	100
— de Bassens (Savoie)	100
— de Quatre-Mares (Seine-Infér ^{re})	100
— de Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100
— de Dury-lès-Amiens (Somme)	100
— d'Auxerre (Yonne)	100
Asile privé de Sainte-Marie de l'Assomption	50

Sur la demande de notre président, M. Christian, à M. Monod, le ministre de l'intérieur a alloué, en 1903, une subvention de 1.200 francs. Nous en remercions M. le Ministre et M. Monod.

J'ai maintenant à vous exposer la situation financière :

Les recettes de l'année 1903, jointes à l'encaisse du 31 décembre 1902, se sont élevées à 17.520 29

En caisse au 31 décembre 1902	5.984 04
Cotisations	2.350 »
Subvention ministérielle	1.200 »
Souscriptions d'asiles	2.973 »
Intérêts des capitaux	4.957 20
Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier	16 65
Frais de recouvrements remboursés	39 40
Total égal	17.520 29

Les dépenses en 1903 ont été de 13.010 25
ainsi décomposées :

A quatorze veuves de fondateurs ou sociétaires	7.650 »
A deux fils de sociétaires décédés	600 »
A deux veuves d'anciens internes d'asile	500 »
Dépenses au Crédit foncier	31 90
Achat de 9 obligations fusion P.-L.-M.	4.119 90
(Placement statutaire et rachat de cotisation).	
Frais d'administration : imprimés (19 fr. 35), recouvrements (48 fr. 80), envoi de secours (18 fr. 65), convocations, lettres, envoi de compte rendu (21 fr. 65)	108 45
Total	13.010 25

Restait disponible au 31 décembre 1903. 4.510 04

Total égal aux recettes 17.520 29

La somme disponible au 31 décembre a permis de distribuer les secours de janvier avant la rentrée des recettes de l'année courante.

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à la somme de 248.369 francs.

Le capital placé suivant les statuts, augmenté de dons et legs, représente environ 164.428 francs et se décompose ainsi :

3.905 francs en rente 3 p. 100.

43 obligations du chemin de fer du Midi.

20 obligations du chemin de fer P.-L.-M. fusion.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1904 sont les suivantes :

En caisse au 31 décembre 1903.	4.510 04
Cotisations.	2.400 »
Subvention ministérielle	1.200 »
Souscriptions d'asiles.	3.000 »
Intérêts des capitaux.	5.000 »
Total	<u>16.110 04</u>

Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ 12.000 francs.

Dans sa dernière séance de janvier, le conseil a alloué des secours qui s'élèvent à la somme de 3.800 francs ainsi répartis :

Au fils d'un sociétaire décédé.	200 »
A quatorze veuves de sociétaires ou fondateurs.	3.600 »
Total.	<u>3.800 »</u>

Il reste donc disponible 8.200 francs pour subvenir aux nécessités du deuxième semestre, aux éventualités qui peuvent se présenter; dès aujourd'hui, le conseil vous propose d'accorder 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles.

Tel est l'état de la caisse. Ce compte rendu financier est fourni, comme d'habitude, par M. Mitivié, notre aimable trésorier, dont vous connaissez tout le zèle et le dévouement pour notre Association.

M. Le Président remercie le secrétaire de son rapport et met aux voix la proposition d'allouer un secours de 500 francs à deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés.

Cette proposition est adoptée.

L'assemblée, à la suite de l'inscription de l'asile de Sainte-Catherine d'Yzeure, comme asile souscripteur, et à la suite de

l'augmentation de souscription de l'asile de Bordeaux, vote des remerciements à MM. les D^{rs} Bourdin et Anglade, à qui ces nouvelles souscriptions sont dues.

On procède ensuite au renouvellement des membres sortants du Conseil, conformément à l'article 9 des statuts.

Les membres sortants sont : MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon.

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié et Vallon, sont réélus pour une période de trois années.

Le conseil est ainsi composé pour l'année 1904 :

MM. Arnaud, Doutrebente, Dupain, Magnan, Ritti, dont les pouvoirs expireront en 1905.

MM. Paul Garnier, Giraud, Goujon, Motet, René Seme-laigne, dont les pouvoirs expireront en 1906.

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1907.

L'assemblée renouvelle les pouvoirs du bureau :

Président, M. Christian.

Vice-président, M. Doutrebente.

Trésorier, M. Mitivié.

Secrétaire, M. Giraud.

La séance est levée à 4 heures.

LISTE DES MEMBRES

Membres à vie.

M. Christian.

M. Doutrebente.

Membres fondateurs.

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Cortyl (Edmond).	Grout (Franklin).
Arnaud.	Cortyl (Germain).	Homery.
Ballet (G.).	Cullerre.	Lalanne.
Belle.	Dagonet (Jules).	Lallemant.
Biaute.	Doursout.	Lapointe.
Binet des Roys.	Dubuisson (Paul).	Mabille.
Boubila.	Duhamel.	Magnan.
Boudrie.	Dupré.	Mitivié.
Briand.	Faucher.	Marandon de Mon-
Brunet.	Gallopain.	tyel.
Carrier.	Garnier (Paul).	Moreau (de Tours).
Chaslin.	Giraud.	Motet.
Chaussinand.	Girma.	Nolé.
Conso.	Goujon.	Parant.

MM.
Péon.
Petit (Gilbert).
Pétrucci.
Pierret.

MM.
Régis.
Ritti.
Semelaigne.
Simon (Max).

MM.
Taguet.
Vallon.
Voisin (Jules).

Membres sociétaires.

MM.
Adam (Aloyse).
Allaman.
Anglade.
Audy.
Baruk.
Bécue.
Bellat.
Belletrud.
Bessièrès.
Bonnet (J.).
Boissier.
Boiteux.
Bourdin.
Broquère.
Brunet (St-Yon).
Chardon.
Charon.
Charuel.
Chocreaux.
Colin.
Croustel.
Danner.
Delaporte.
Dericq.
Devay.
Dubourdieu.
Dubuisson (M.).
Dumaz.
Dupain.
Fenayrou.
Garnier (Samuel).

MM.
Gilson.
Guyot (Aug).
Hamel.
Hospital.
Jacquin.
Joffroy.
Journiac.
Lalanne.
Larroussinie.
Larroque.
Legrain.
Legras.
Leroy.
Levet.
Louis (Léon).
Lwoff.
Malfilâtre.
Marchand.
Marie.
Martinenq.
Maupaté.
Meilhon.
Monestier.
Nageotte.
Nicoulau.
Pactet.
Pain.
Papillon.
Paris.
Picard.

MM.
Pichenot.
Pilleyre.
Planat.
Pochon.
Raffegau.
Ramadier.
Rayneau.
Rey.
Rist.
Roubinowitch.
Rousset.
Santenoise.
Schils.
Séglas.
Sérieux.
Sizaret.
Sollier.
Terrade.
Thibaud.
Thivet.
Toulouse.
Toy.
Trénel.
Truelle.
Védie (Henri).
Vernet (Nancy).
Vernet (Moulins).
Viallon.
Viel.
Vigouroux.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE.

D^r MORDRET. — Le 11 juin, avaient lieu au Mans les obsèques du D^r Ambroise-Eusèbe Mordret, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de la Sarthe, décédé dans sa quatre-vingt deuxième année.

Le D^r Mordret était né au Mans en 1822; il appartenait à une vieille famille du Maine, dont les origines remontent au xv^e siècle. Son père, chirurgien au Mans, fut longtemps attaché à l'Asile des aliénés comme médecin suppléant. Ambroise Mordret, reçu docteur à la Faculté de Paris en 1847, exerça d'abord la médecine militaire; mais il démissionna bientôt pour venir s'installer dans sa chère ville natale, qu'il ne devait plus quitter.

Adonné surtout à la chirurgie et à l'obstétrique, il fut chargé des cours d'accouchements à l'hôpital du Mans, de 1852 à 1858, et eut à diverses reprises à assurer le service à l'hôpital militaire de la Place.

C'est en 1856 que Mordret fut nommé médecin suppléant de l'Asile d'aliénés, en remplacement de son père contraint par la maladie à se retirer. Le service de l'Asile était alors dirigé par un médecin d'une rare valeur, celui-là même qui en avait tracé le plan et devait rester à son poste durant trente-huit ans, Etoc-Demazy, dont le souvenir restera impérissable dans l'asile qu'il a fondé.

Aux côtés d'un tel maître, Mordret fut vite initié aux questions médico-psychologiques et connut la séduction des études neurologiques. Il se laissa gagner, et, tout en conservant sa clientèle de ville et son service à l'hôpital, dont il avait été nommé médecin-major en 1867, il ne dissimulait pas de quel côté allaient ses préférences.

Les événements de 1870 attristèrent profondément son grand cœur, et l'ancien médecin militaire prit une part des plus larges à l'organisation des ambulances dans la Sarthe, qui fut le théâtre de quelques-uns des plus sanglants combats livrés par l'armée de Chanzy. Dans le compte rendu des travaux du Comité de secours, le nom de Mordret se retrouve, on peut le dire, à chaque page; il est cité avec une mention spéciale dans le rapport du président de section.

Le Dr Mordret fut promu chevalier de la Légion d'honneur en 1871.

Au lendemain de la guerre, Mordret reprenait le cours de ses études favorites ; il succéda, en 1882, comme médecin en chef de l'Asile d'aliénés, à son maître et ami Etoc-Demazy, aux côtés de qui il travaillait depuis dix-huit ans. Il devait rester en fonctions dans cet établissement jusqu'à l'heure de sa retraite, en 1893.

On ne peut songer à condenser dans une brève notice tous les services rendus, dans une carrière aussi longue, tant aux aliénés qu'à la science psychologique elle-même, dont Mordret resta toujours un des fervents adeptes. Au surplus, l'énumération de ses titres et travaux mettra suffisamment en lumière la somme énorme d'efforts et de labeurs qu'il a fournie.

Très estimé de ses concitoyens, il ne l'était pas moins de ses confrères, pour sa droiture et sa bonté inaltérables, son empressement à rendre service, la sûreté de son commerce. Aussi fut-il recherché dans les sociétés savantes, et appelé souvent à les présider. C'est ainsi que nous le trouvons vice-président de la Société des Lettres et Arts de la Sarthe, vice-président du Conseil d'hygiène de la Sarthe, directeur du service départemental de vaccine, membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris (mars 1877), membre correspondant de l'Académie de médecine (1888), dont il fut plusieurs fois lauréat (prix Capuron, 1857 ; prix Falret, 1880), etc. Secrétaire du Comité consultatif de médecine de la Sarthe, il prit une large part, durant vingt-cinq ans, à l'organisation du service d'assistance gratuite dans la Sarthe.

Les travaux de Mordret avaient attiré sur lui l'attention de ses confrères étrangers, et il fut nommé membre de la Société de médecine de Gand, membre de la Société médico-chirurgicale de Madrid, qui lui avait déjà décerné un de ses prix. — En 1875, il avait été lauréat de la Société médico-psychologique (prix Aubanel) pour son travail sur les « Troubles de la sensibilité générale dans les délires mélancoliques ». — Il eut deux fois le grand prix de vaccine.

Les ouvrages ou publications scientifiques de Mordret sont très nombreux ; nous ne citerons que les principaux :

1° « État actuel de la vaccine considéré au point de vue pratique et théorique » (mémoire couronné par l'Académie de Madrid, 1864) ;

2° « Considérations sur les adhérences placentaires » (couronné par la Société de médecine de Gand, 1855) ;

3° « De la mort subite dans l'état puerpéral » (ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Paris, 1858) ;

4° « Traité pratique des affections nerveuses et chloro-ané-

miques considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles » (couronné par l'Académie de médecine, 1861);

5° « Rapport sur le service militaire de santé dans la ville du Mans, 1881 »;

6° « Marche des affections chirurgicales chez les aliénés, 1874 »;

7° « Fréquence de la congestion cérébrale chez les aliénés et plus particulièrement chez les paralytiques généraux » (Congrès international de médecine mentale, 1878, Paris);

8° « Considérations sur la sensibilité dans ses rapports généraux avec les phénomènes psychiques » (mémoire couronné par la Société médico-psychologique, 1879);

9° « De la folie à double forme, circulaire, alterne », son principal ouvrage, récompensé par l'Académie de médecine, 1883;

10° « Les fonctions du cervelet », 1886;

11° « Modifications du volume de la glande thyroïde chez les idiots », 1890;

12° « Étude sur la démographie et la dépopulation de la Sarthe », 1891, etc.

On le voit, plusieurs des questions traitées seraient encore d'actualité, car Mordret s'est constamment tenu au courant des progrès de la science, et jusqu'à son dernier jour il s'est intéressé au service qu'il a dirigé si longtemps. Il venait souvent à l'Asile et aimait à s'entretenir avec les malades qu'il avait connus.

Il témoignait, dans sa vie privée, à ses amis et aux siens, la même sérénité d'âme, la même absence de toute préoccupation personnelle qu'il laissait apparaître chaque jour dans le service. Par l'austérité et la dignité de sa vie, il se créa de solides relations, et il est juste de reconnaître que, lorsqu'il fut en butte à ces tracasseries auxquelles bien peu d'entre nous échappent, et que lui valurent peut-être les convictions auxquelles il resta toute sa vie profondément attaché, ses anciens amis se souvinrent et surent le sauver à l'heure du péril.

Mordret a succombé à une angine de poitrine consécutive à une pneumonie dont il négligeait de soigner la convalescence; il mourut comme il avait vécu, en simple et en modeste. Ni discours, ni fleurs, ni couronnes, mentionnait la lettre de part, reflétant la volonté expresse du défunt : il est vrai que toute parole eût été superflue. L'affluence qui se pressait autour de son cercueil disait assez en quelle singulière estime il était tenu par ses concitoyens, et plusieurs anciens malades de l'Asile, se souvenant des soins reçus, avaient sollicité comme une faveur d'accompagner Mordret à sa dernière demeure : quels discours eussent valu de pareils hommages!

V. BOURDIN.

LOUIS LUCIPIA. — Nous avons encore à enregistrer la mort de M. Lucipia, directeur de l'Asile de Villejuif, décédé le 21 mai 1904, dans sa soixante et unième année, au pavillon de chirurgie de l'Asile sainte-Anne, où il avait été transféré pour être opéré.

Louis-Adrien Lucipia était né à Nantes, le 18 novembre 1843. Venu à Paris pour y suivre les cours de l'École de droit et de l'École de Chartes, il se mêla de bonne heure au mouvement républicain des dernières années de l'Empire. Il prit une part très active aux événements qui suivirent la chute du gouvernement impérial. A la chute de la Commune, il fut pris et condamné à mort par le Conseil de guerre. Sa peine fut commuée ; mais il fut relégué à l'île de Nou. Rentré en France, en 1880, à la suite de l'amnistie, il entra dans le journalisme et, dix ans après, il fut élu conseiller municipal de Paris. Il devint successivement secrétaire, vice-président, président du Conseil général de la Seine, puis président du Conseil municipal de Paris. Non réélu en 1900, il fut nommé, en octobre de la même année, directeur de l'Asile d'aliénés de Villejuif.

Les obsèques de Lucipia eurent lieu le mardi 25 mai, au Père-La-Chaise. Notre collègue M. le D^r Marcel Briand a prononcé un discours sur sa tombe au nom du corps médical de l'Asile de Villejuif.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

L'arrêté ministériel du 6 avril dernier (V. les *Annales* de mai-juin 1904, p. 516) relatif au concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles d'aliénés a été modifié par l'arrêté suivant :

Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Vu l'arrêté ministériel du 6 avril 1904, réglant les conditions du concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, qui doit s'ouvrir le 14 juin prochain ;

Vu la lettre du doyen de la Faculté de médecine de Paris en date du 28 avril 1904, demandant qu'il soit apporté des modifications aux dispositions de l'article 4 de cet arrêté ;

Vu l'avis favorable exprimé par le comité des inspecteurs généraux, dans sa séance du 3 mai courant,

Arrête :

Art. 1^{er}. — L'article 4 *in fine* dudit arrêté du 6 avril 1904, après les mots : « le maximum des points sera de vingt », est modifié ainsi qu'il suit :

« Les épreuves cliniques auront lieu à l'asile clinique Sainte-

Anne et à l'infirmerie spéciale du dépôt, à la préfecture de police.

« A partir du 1^{er} juin 1904, il sera interdit aux candidats, sous peine d'exclusion, de pénétrer dans les services de l'admission et de la clinique à Sainte-Anne, ainsi que dans les services de l'infirmerie spéciale du dépôt. Néanmoins les candidats remplissant les fonctions d'internes ou de chef de clinique à l'asile Sainte-Anne pourront continuer leurs services, mais ils subiront leurs épreuves cliniques à l'infirmerie spéciale du dépôt qui leur demeurera consignée dans les délais fixés au présent arrêté. La même exception s'applique aux internes de l'infirmerie spéciale du dépôt, qui subiront leurs épreuves dans un service d'aliénés autre que l'infirmerie spéciale et l'asile clinique et qui sera ultérieurement désigné. »

Art. 2. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 10 mai 1904.

*Le président du conseil,
ministre de l'intérieur et des cultes,*

E. COMBES.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

Médecin d'asile tué par un aliéné. — Nous avons le regret d'inscrire un nouveau nom sur cette liste déjà trop longue du *Martyrologe de la Psychiatrie* : le D^r Vorster, médecin directeur de l'asile de Stéphanfeld, en Alsace, vient de mourir à la suite d'une blessure grave que lui a faite un des malades de son service. Voici, d'après la *Strassburger-Post* (numéro du 27 avril 1904), le récit de ce douloureux événement :

« Le directeur, D^r Vorster, dans sa visite journalière du 25 avril, était arrivé, entre neuf et dix heures, accompagné de l'inspecteur Gerstenmeyer et d'un gardien, auprès du malade Ulzemer, âgé de quarante à cinquante ans, et qui se trouvait depuis très longtemps à l'asile de Stéphanfeld. Ulzemer, né dans la Haute-Alsace, passe pour un aliéné criminel et, pour ce motif, ne vivait pas en commun avec d'autres aliénés, mais dans une cellule d'isolement. Le directeur, D^r Vorster, avait à peine échangé quelques paroles insignifiantes avec Ulzemer, que tout à coup il dit à ceux qui l'accompagnaient : « Je suis blessé. » Sans qu'on pût saisir le moment de l'acte et sa préparation, Ulzemer avait fait le mouvement pour frapper et blessé profondément le directeur au bas-ventre. On s'empara aussitôt de l'arme meurtrière de l'aliéné ; elle consistait en une

sorte de stylet que le malade a dû se fabriquer lui-même avec un morceau de fer-blanc, et auquel il avait ajouté un manche. Le directeur D^r Vorster conserva son sang-froid et descendit l'escalier pour se faire panser. Par suite de la perte de sang, il ne tarda pas à tomber sans connaissance. On appela aussitôt le professeur Ledderhose, de Strasbourg, qui arriva dans l'après-midi et, vu la gravité de la situation, jugea une opération nécessaire. Quant aux conséquences de celles-ci, les médecins ne voulurent se prononcer que le lendemain. Le D^r Vorster passa une assez bonne nuit. C'est là un indice favorable, espérons-le, que la blessure n'aura pas un résultat mortel. Le D^r Vorster est dans la vigueur de l'âge; il est père de quatre enfants. »

Malheureusement, malgré le pronostic d'abord favorable, malgré les soins assidus dont notre regretté confrère était entouré, il succombait le 9 mai, après neuf jours de souffrances cruelles, dans sa quarante-cinquième année.

Jean Vorster naquit, le 13 mars 1860, à Hoym, dans le duché d'Anhalt. Son père, médecin aliéniste, était directeur de l'asile provincial de Lengerich (Westphalie). Il fit ses études médicales à Marbourg et à Berlin, s'adonna d'abord à la chirurgie, et n'entra dans le service des aliénés qu'en 1890, comme deuxième assistant à l'asile de Stéphansfeld, alors dirigé par le D^r Stark, dont il devait épouser la fille et à qui il devait succéder, en 1897, dans la direction de l'établissement.

Nous empruntons ces renseignements à la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* (numéros des 14 et 28 mai 1904), qui consacre au D^r Vorster une notice, due à l'un de ses assistants, et qui donne des détails intéressants sur la vie et les travaux de ce confrère regretté, enlevé prématurément et par une mort des plus cruelles et des plus inattendues à sa nombreuse famille, à ses amis, à ses collègues qui l'aimaient, enfin à la spécialité qu'il honorait par son savoir et son caractère.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite.)

30. *Suicide d'un alcoolique.* — On lit dans le *Matin* (numéro du vendredi 5 février 1904) :

Un nommé Pierre Kempf, âgé de cinquante-huit ans, demeurant 111, avenue d'Ivry, s'est tué hier en avalant de l'acide chlorhydrique. Cet individu, qui était un alcoolique, avait déjà tenté deux fois de se suicider, en se coupant la gorge avec un rasoir, et en se jetant dans la Seine du haut du pont de Tolbiac.

31. *Homicide.* — On télégraphié de Chambéry au *Matin* (numéro du mardi 9 février 1904) :

Le nommé Troccard a tué d'un coup de fusil en pleine poitrine le sieur Jean Lauddaz; puis, son crime accompli, l'assassin s'est promené devant sa victime, l'arme au bras, sans se soucier des gens amassés devant le cadavre.

La gendarmerie est sur les lieux.

On croit que Troccard est atteint de folie.

32. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du jeudi 11 février 1903) :

M. Coston, commissaire de police, a envoyé hier à l'infirmerie du Dépôt un nommé Michel Roussel qui était venu au commissariat porter plainte contre la Compagnie du Nord « qui faisait passer ses trains dans sa cuisine et lui volait son charbon ».

Dans un accès de folie furieuse, Michel Roussel avait essayé de frapper à coups de hachette un inspecteur du commissariat.

33. *Suicide.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du dimanche 14 février 1904) :

Une dame Elisabeth Macray, âgée de quarante-six ans, demeurant 10, rue Ménessier, s'est jetée hier, dans un accès de folie, par la fenêtre de sa cuisine.

La pauvre femme, qui devait être conduite dans la journée à l'asile Saint-Anne, s'est tuée sur le coup.

34. — *Deux recluses.* — Sous ce titre, le *Journal* (numéro du mardi 16 février 1904), publie le fait suivant qui lui est envoyé de Pithiviers par un correspondant spécial :

Informé par la rumeur publique qu'une affaire de séquestration venait d'être découverte à Boisseaux, petite commune située sur la ligne du chemin de fer de Paris-Orléans, le parquet de Pithiviers vient de se rendre dans cette commune.

Il résulte de l'enquête que les faits ne présentent pas le caractère de gravité qu'on leur a attribué tout d'abord. On se trouve en présence d'un drame de la folie.

Une octogénaire, la veuve Pilté, qui passe pour jouir d'une certaine fortune et qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales, vivait misérablement avec sa fille, âgée de cinquante ans. Cette dernière n'avait pas été vue depuis vingt ans.

Lorsque les magistrats pénétrèrent dans le taudis où vivaient les deux pauvres démentes, ils trouvèrent la mère repliée sur elle-même et accroupie sur un grabat. Dans une pièce voisine, ils trouvèrent la fille Pilté dans un état de saleté véritablement repoussant, n'ayant pour tout vêtement qu'une chemise en hillons. Questionnée par les magistrats, elle ne répondit que par des paroles incohérentes.

Les deux femmes vont être transportées dans une maison de santé.

35. *Tentative de suicide*. — Dans une crise de folie furieuse, une dame Duval, âgée de quarante-cinq ans, s'est précipitée par la fenêtre du logement qu'elle occupait, 13, rue Chappe. La malheureuse, dont l'état est désespéré, a dû être transportée à l'hôpital Lariboisière. (Le *Matin*, numéro du vendredi 19 février 1904.)

36. *Tentative d'homicide et de suicide*. — D'horribles cris mettaient en émoi hier matin, les habitants de l'immeuble situé 17, rue Lambert. Une dame Jemet, devenue subitement folle, tentait de tuer son enfant, le petit René, âgé de neuf ans. Heureusement pour le bambin, les voisins intervinrent et l'emportèrent.

Demeurée seule, tandis qu'on allait chercher des agents, la folle ouvrit la fenêtre de la chambre qu'elle occupait au sixième étage et se précipita dans le vide. La mort fut instantanée.

M. Carpin, commissaire de police du quartier Clignancourt, a procédé aux constatations.

Madame Jemet était mariée depuis neuf ans à un employé de commerce. (Le *Matin*, numéro du vendredi 19 février 1904.)

37. *L'« empereur des terres et des mers »*. — Il arrive parfois que des passants sont mordus dans la rue par des chevaux, mais le contraire est assez rare. Le fait s'est produit hier. Devant la porte principale de l'hôpital Laënnec stationnait le fiacre n° 1018, quand un individu se précipita sur le cheval et, lui ayant fortement embrassé l'encolure, le mordit aux naseaux. Le cheval donnait à droite et à gauche de furieux coups de tête, mais l'homme ne lâchait pas. Il fallut l'intervention d'agents, qui durent pincer le nez de l'agresseur pour lui faire lâcher prise.

Conduit au commissariat de la rue Fondary, l'hippophage, un nommé Jules Aron, employé de commerce, âgé de quarante ans, demeurant rue des Bernardins, a déclaré qu'en sa qualité d'« empereur des terres et des mers » il avait parfaitement le droit de mordre des chevaux dans ses Etats, si tel était son bon plaisir.

« — D'ailleurs, ajouta-t-il, je tiens le monde entre mes cinq doigts, et d'ici peu je vous réserve quelque chose qui remplira d'épouvante et d'admiration depuis le dernier croquant jusqu'au Père Éternel en personne. »

M. Doray, commissaire de police, a envoyé ce pauvre dément à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Matin*, numéro du vendredi 19 février 1904.)

38. *Délire mystique à deux*. — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 22 février 1904) :

Depuis de longues années, vivaient dans un modeste logement, au numéro 16 de la rue Elzévir, deux femmes, M^{me} Pau-

line L..., cinquante-trois ans, et sa fille Jeanne L..., trente ans, cette dernière, maîtresse de piano. Hier, après-midi, sous l'empire d'une folie mystique, les deux femmes, légèrement vêtues, se mirent de leur fenêtre à haranguer la foule, qui s'amassa vite, puis elles vidèrent une pleine marmite d'eau bouillante sur le chef de leurs auditeurs.

M. Guicheteau, commissaire de police, prévenu, tenta de s'introduire près des deux folles, mais celles-ci s'étaient barricadées et la porte en chêne, une porte du bon vieux temps, ne cédait pas. Il fallut requérir un ouvrier, qui dut faire sauter à coups de levier le panneau du haut, par lequel l'agent Bourdet, du IV^e arrondissement, parvint, enfin, à pénétrer dans l'appartement. Sans se laisser intimider par une hachette que brandissait M^{lle} Jeanne L..., l'agent réussit à la désarmer et à la maîtriser.

M. Guicheteau a envoyé les pauvres femmes à l'infirmerie spéciale.

39. *Tentative d'homicide.* — Dans un accès subit de folie furieuse, une blanchisseuse, M^{me} Jeanne Levrin, quarante-trois ans, demeurant 38, rue de l'Arbalète, s'est précipitée sur son fils, Jean, âgé de dix-huit ans, et, avant que celui-ci ait pu l'en empêcher, elle l'a frappé de trois coups de fer à repasser. Il n'a pas fallu moins de six hommes pour maîtriser la malheureuse aliénée, qui a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt.

Quant au blessé, il a été transporté à la Pitié dans un état des plus critiques. (Le *Journal*, numéro du mardi 23 février 1904).

40. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Matin* (numéro du dimanche 6 mars 1904) :

Un nommé Paul Guillot, âgé de trente-cinq ans, demeurant 258, boulevard Voltaire, pris subitement d'un accès de folie furieuse, menaçait dans la rue les passants d'un couteau qu'il brandissait. On prévint M. Dumas, commissaire de police, qui expédia des agents avec la mission de s'emparer de l'aliéné. Ceux-ci réussirent à conduire au poste Guillot, qui immédiatement se dévêtit et se mit à danser un extraordinaire cakewalk. Il s'arma soudain d'un de ses souliers, un lourd godillot ferré de clous, et en asséna plusieurs coups sur la tête de l'agent François; le secrétaire du commissariat, M. Coillet, et l'inspecteur Deiss, qui s'interposèrent, reçurent à leur tour de graves horions. Enfin, M. Coillet réussit à jeter sur le forcené le capuchon d'un agent. Ligoté, le malheureux a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

41. *Persécuté homicide.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du lundi 7 mars 1904) :

M. Georges Vendame, âgé de trente-deux ans, professeur

de billard, 18, rue des Petits-Hôtels, se présentait hier, à 10 heures du matin, chez M. Félix Guillard, pharmacien, 1, rue du Lunain. En l'apercevant, le pharmacien, qui est un de ses amis, lui tendit la main. Mais, faisant un pas en arrière, Vendamelui tira un coup de revolver qui l'atteignit à la main.

Après s'être pansé lui-même, M. Guillard se rendit au bureau de M. Grimal, commissaire de police, où l'on venait de conduire Vendame. Celui-ci était en train de déclarer qu'il avait voulu se venger du pharmacien parce qu'il avait tenté de l'empoisonner, et avec lui sa sœur et son perroquet.

En présence d'une pareille explication, le commissaire n'avait qu'un parti à prendre. Il a fait conduire Vendame à l'infirmerie du Dépôt.

42. *Tentative de suicide.* — On écrit de Joinville-le-Pont au *Matin* (numéro du mercredi 9 mars 1904) :

Depuis la mort de son mari, M^{me} veuve Léger, âgée de vingt-deux ans, donnait depuis quelques temps des signes évidents d'aliénation mentale.

Hier, elle a tenté de se suicider, en se jetant sous les roues d'un camion qui passait devant sa porte. Le cocher ne put arrêter à temps son attelage, et la jeune femme fut piétinée par les chevaux.

Elle a été relevée le corps couvert de contusions. Son état est grave.

43. *Acte de violence.* — Pris d'un subit accès de folie furieuse, un pensionnaire de l'asile de Ville-Evrard, François Ledru, âgé de soixante ans, se mit à frapper les personnes qu'il rencontrait dans l'avenue Auber.

On parvint difficilement à s'emparer du forcené. M. Rousselot, commissaire de police, a envoyé à l'Asile d'aliénés spéciale. (Le *Matin*, numéro du dimanche 13 mars 1904).

44. *Suicide.* — On écrit de Montreuil-sous-Bois au *Matin* (numéro du mardi 15 mars 1904) :

Jouissant d'une confortable aisance et paraissant heureuse de vivre, la veuve Céline Bonnet, âgée de trente-quatre ans et demeurant 36, rue François-Arago, étonnait parfois ses amis et ses voisins par certaines bizarreries d'esprit : elle avait peur, disait-elle, de devenir folle et sentait, malgré l'état florissant de sa santé, que sa raison tendait à s'égarer.

Cette crainte singulière devait conduire la malheureuse jusqu'au suicide. On la trouva, hier, asphyxiée dans sa chambre à coucher. Auprès d'elle se trouvait une volumineuse correspondance adressée à l'un de ses parents et dans laquelle elle expliquait les causes de sa fatale résolution. Plusieurs phrases de l'épître dénotaient que la pauvre femme n'avait déjà plus toute sa raison, et ses craintes étaient réalisées.

Elle terminait en priant les siens de l'oublier mais en les conjurant de porter souvent des fleurs sur la tombe de son mari.

45. *Drame de la folie.* — Sous ce titre, le *Petit Journal* (numéro du dimanche 20 mars 1904), publie la dépêche suivante envoyée par son correspondant de Saint-Etienne :

Au hameau de la Mure, près de Saint-Genest-Lerpt, une femme Sabot, dont le mari est ouvrier mineur, prise d'un accès subit d'aliénation mentale, s'est armée d'une bouteille et s'est précipitée sur sa belle-sœur, la femme Barriol, qu'elle a grièvement blessée, ainsi que son propriétaire et son mari.

Saisissant ensuite un couteau, elle en a frappé à plusieurs reprises son beau-frère qui arrivait et qui est tombé dans une mare de sang.

Après quoi, elle parut se remettre paisiblement aux soins du ménage; mais, tandis qu'un médecin soignait les blessés, dont l'état, d'ailleurs, ne paraît pas grave, la folle partit et, depuis, on ne l'a pas revue.

46. *Pour fêter la liberté.* — Louis Alibert avait été, il y a quelque temps, interné à l'asile d'aliénés de Villejuif. C'était un alcoolique. Son séjour à la maison de santé lui fut très salutaire; hier, Alibert quittait l'établissement.

Il fêta ce beau jour de liberté par de copieuses libations; le soir il était ivre.

Rue du Petit-Pont, tout à coup, une crise le prit, extrêmement violente. Il s'élança sur les passants, essayant de les mordre. Ceux-ci s'enfuyaient affolés.

Les agents, à grand'peine, se rendirent maîtres du forcené, que M. Guernet, commissaire de police, envoya à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Matin*, numéro du mercredi 23 mars 1904.)

47. *Tentatives d'homicide.* — L'Assemblée législative d'Albany (Etat de New-York) a été mise en émoi, hier, par des coups de revolver qu'a tirés sur ses membres une femme qui se trouvait dans les tribunes. Ce fut un sauve-qui-peut général.

On ne put s'emparer de la femme qu'après qu'elle eut épuisé toutes ses munitions, sans du reste blesser personne. C'est une dame Elsworth, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. (Le *Temps*, numéro du vendredi 25 mars 1904.)

48. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 28 mars 1904) :

M. Picot, commissaire de police du quartier Saint-Merri, a fait arrêter, hier, et conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt, un ancien professeur à l'école des sourds-muets, M. Paul Nollain, qui, l'an dernier, dans un accès de fièvre chaude, se jeta par la fenêtre du logement qu'il occupait au troisième étage d'un hôtel meublé de la rue Saint-Jacques.

Il s'était brisé une jambe dans sa chute, et fut soigné à l'hôpital de la Pitié.

Originaire de Fort-de-France, Paul Norlain avait perdu toute sa famille dans la catastrophe du Mont-Pelé. Dénoué de ressources après son accident, il se vit l'objet des sollicitudes du comité de secours organisé pour venir en aide aux victimes de la Martinique. Le ministère des colonies lui accorda également un subside.

Cependant, la mentalité de Paul Norlain ne tarda pas à s'affaiblir, et il se crut persécuté. Il écrivait, la semaine dernière, à M. Doumergue, en l'avertissant que si, dans la huitaine, il n'avait pas reçu certaines sommes qu'il réclamait, il attendrait le ministre au passage et le tuerait à coups de revolver.

Une surveillance fut établie près du domicile du pauvre fou, qui, hier après midi, fut arrêté au moment où, porteur d'un revolver, il hélait un fiacre en demandant au cocher de le conduire au pavillon de Flore.

TRIBUNAUX

Responsabilité des directeurs et médecins d'établissements d'aliénés en cas de suicide de l'un de leurs pensionnaires. — Nous avons à plusieurs reprises parlé du procès intenté à M. le D^r Duhamel, médecin-directeur de la Maison de santé de Fontenay-sous-Bois, par le père d'une de ses malades qui s'était suicidée dans l'établissement. On sait que notre confrère fut condamné en première instance à 10.000 francs de dommages-intérêts. En appel, ce jugement fut infirmé. Nous croyons devoir reproduire *in extenso* ce jugement d'appel, qui ne peut manquer d'intéresser nos lecteurs.

Cour d'appel de la Seine (1^{re} chambre). — Arrêt du 14 décembre 1903. Ministère public : M. LELOIR. — Avocat demandeur : M^e DECORI. — Avocat défendeur : M^e POINCARÉ.

La Cour,

Considérant qu'au mois de mai 1899, M^{lle} X..., alors majeure, a été placée par ses parents et de son consentement comme pensionnaire libre, dans la maison de santé du D^r Duhamel, à Fontenay-sous-Bois, pour y être soignée d'une maladie nerveuse avec idées de suicide ;

Que deux fois déjà elle avait tenté de se donner la mort chez ses parents ;

Que Duhamel, sur la vue d'un certificat médical dont il avait exigé la production, attacha à sa personne deux infirmières pour la surveiller nuit et jour ;

Que cependant, le 29 juin, trompant cette surveillance, elle parvint à s'enfermer dans les W.-O. où elle se pendit avec une bande de toile qu'elle avait préparée;

Que X... prétend rendre Duhamel responsable de cette mort;

Mais considérant que, sans qu'il y ait lieu d'examiner si la clairvoyance des parents n'a pas été en défaut, en imposant à leur fille une réclusion qui devait exaspérer chez elle les idées obsédantes dont ils n'ignoraient pas la cause, c'est à tort qu'ils reprochent à Duhamel de l'avoir adressée dans son établissement qu'ils ont eux-mêmes choisi et qui est aménagé spécialement pour le traitement des maladies de cette nature;

Que M^{lle} X... y a reçu les soins médicaux en usage dans cette maison et a été entourée d'une surveillance constante;

Que les époux X... sont d'autant moins fondés à critiquer la disposition intérieure de certaines parties de cet établissement que leur fille, ni interdite ni séquestrée, acceptant ces soins et cette surveillance par un acte de sa volonté, soumise à l'autorité de ses parents, ne pouvait être l'objet que d'une surveillance discrète, de nature à ne froisser aucun de ses sentiments intimes;

Qu'elle a employé la force pour s'y soustraire et qu'il n'est pas établi que cette surveillance se soit un instant relâchée;

Qu'il n'est pas établi non plus, comme le soutient X... et l'ont admis les premiers juges, que ce soit par suite d'un défaut de surveillance qu'elle ait pu se procurer la bande de toile avec laquelle elle s'est pendue;

Qu'on ignore comment et depuis quand elle la possédait;

Que rien n'en avait fait soupçonner l'existence et n'aurait ustifié une visite corporelle qu'on reproche à Duhamel de 'avoir pas faite et à laquelle M^{lle} X aurait pu se refuser;

Par ces motifs;

Infirme le jugement dont il fait appel;

Décharge Duhamel des condamnations et dispositions lui faisant grief;

Déclare X... mal fondé dans ses conclusions, l'en déboute;

Ordonne la restitution de l'amende;

Condamne X... aux dépens de première instance et d'appel, dont distraction est faite au profit de M^e B..., avoué, qui l'a requise aux offres de droit.

Un procès en séquestration arbitraire en Angleterre. — On écrit de Londres au *Petit Temps* (numéro du vendredi 26 février 1904) :

« La cour d'appel de Londres vient de juger un cas qui rappelle celui de M. Bertie-Marriott, qui se plaide en ce moment à Paris. Un fermier du Northamptonshire, M. Pope,

attaque sa femme, le D^r Wainwright, médecin à Brixworth, l'officier de police de cette ville et le D^r Harding, directeur de l'asile d'aliénés de Berrywood, en accusant les premiers de s'être malignement entendus pour le faire interner et le dernier de l'avoir gardé, sur leur demande, du 8 septembre au 10 novembre 1899.

« Le tribunal s'est déclaré incompétent sur la question scientifique de savoir si M. Pope était oui ou non fou au moment de son internement, n'a point trouvé la moindre preuve de connivence entre les accusés, a reconnu la parfaite honorabilité médicale du directeur de l'asile et a débouté le plaignant de sa plainte en le condamnant aux dépens. »

Procès en séquestration arbitraire et pour violation du secret médical. — Le tribunal civil de Lille était récemment saisi d'une affaire de séquestration. Il vient de rendre son jugement.

Après avoir rappelé les faits d'internement de M. Houtre, enfermé comme fou pendant cinq jours, en janvier dernier, à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, ainsi que la peine que l'on a eue, malgré l'avis du médecin de cet établissement le déclarant sain d'esprit, à le faire sortir, le tribunal estime qu'il n'a existé aucune connivence entre les trois défendeurs, M^{me} Houtre, le D^r Huart et M. Krebs, maire d'Hellemmes, assignés en paiement de dommages-intérêts par M. Houtre.

En ce qui concerne M^{me} Houtre, le jugement admet sa bonne foi ; quelques jours avant, son mari s'était livré à des violences extrêmes et avait même, en brisant la lampe dans un accès de colère, allumé un commencement d'incendie : elle avait en face d'elle un alcoolique qui, pour coups à sa femme, avait été condamné à treize mois de prison.

Pour ce qui touche le maire, M. Krebs, le tribunal juge que sa responsabilité n'est pas davantage engagée. Il a agi sur le vu d'un certificat médical qui lui indiquait un danger imminent.

Mais les juges retiennent une faute à la charge du D^r Huart, qui a délivré le certificat sans revoir le malade.

En conséquence, M^{me} Houtre et M. Krebs, maire d'Hellemmes, sont mis hors de cause. Quant au D^r Huart, il est condamné à payer à M. Houtre la somme de 1.000 fr. à titre de dommages-intérêts.

Cette même affaire a eu, le lendemain, son épilogue devant le tribunal correctionnel de Lille.

Le D^r Masson, de Marcq-en-Barceul, avait adressé à son confrère, le D^r Huart, un certificat où il déclarait que jadis il avait soigné M. Houtre, et qu'il avait constaté que, à son avis, c'était un alcoolique invétéré, candidat à l'aliénation mentale.

Au cours des polémiques que la séquestration de M. Houtre provoqua, le D^r Huart et M. Krebs publièrent cette lettre.

Le parquet a poursuivi le D^r Masson pour divulgation de secret professionnel.

Le tribunal, dans son jugement, a déclaré que la règle du secret est formelle ; qu'aucun tempérament ne peut y être apporté, et que, notamment, on ne peut tenir compte du défaut d'intention de nuire ou du but poursuivi. Dans l'espèce, il y a lieu de se montrer d'autant plus sévère que le D^r Masson a ajouté dans sa lettre, comme par une sorte de préméditation : « Je vous autorise à faire de cette pièce l'usage que vous voudrez. »

Le tribunal condamne le D^r Masson, pour violation d'un secret professionnel, à trois jours de prison avec sursis et 100 francs d'amende.

Un aliéné exproprié pour 33 francs. — On écrit de Rethel au *Petit Temps* (numéro du vendredi 20 mai 1904) :

Aujourd'hui est venue devant le tribunal civil de Rethel, l'affaire Leclère, qui a produit dans toute la région une émotion d'ailleurs légitime.

Leclère est un malheureux habitant d'Ambly-Fleury qui ne jouit pas de ses facultés mentales. Il fut poursuivi par son ancien boulanger, nommé Soibinet, et condamné, par défaut, à payer à ce dernier la somme de 33 francs pour une fourniture de pain d'ailleurs prescrite. Soibinet signifiâ ce jugement à Leclère ; celui-ci, hors d'état de comprendre, à peu près complètement fou, ne se défendit pas.

Alors Soibinet entama contre le malheureux une procédure de saisie immobilière, alors que les meubles de Leclère auraient pleinement suffi à le couvrir et, pour une créance de 33 francs, il fit vendre et devint adjudicataire de tous les immeubles de Leclère pour le prix de 2.118 francs, prix bien inférieur à celui de leur valeur réelle.

Leclère, inconscient, refusa de vider les lieux. Il fut expulsé *manu militari* et jeté dans la rue.

Les parents de Leclère, qui, dès la saisie, avaient offert de payer les frais, mais que Soibinet n'avait pas écoutés, rachetèrent 3.200 francs les immeubles vendus, afin de rendre la tranquillité au malheureux fou.

M. Potier, tuteur de Leclère, aujourd'hui interdit, demande, en son nom, à Soibinet, 10.000 francs de dommages-intérêts.

Cette demande a été soutenue par M^e Charles Fabiani, du barreau de Paris.

Après la plaidoirie de M^e Duverrier pour Soibinet, M. Dumas, procureur de la République, a développé des conclusions remarquables en faveur de la demande.

Le tribunal rendra son jugement à quinzaine.

Ce jugement rendu dans les premiers jours de juin, a condamné Soibinet, en réparation du préjudice causé par lui, à 500 francs de dommages-intérêts et aux dépens.

FAITS DIVERS

Idylle tragique dans un asile d'aliénés. Double suicide. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 1^{er} mai 1904) :

Un jeune docteur attaché à l'asile d'aliénés de Mareville, près Nancy, M. Bichebois, âgé de vingt-huit ans, originaire de Saint-Mihiel, était allé jeudi soir assister à une réunion électorale où il avait pris la parole.

En sortant de la réunion, il croisa sa maîtresse, M^{lle} B..., avec laquelle il avait projeté jadis de se marier. Il avait dû renoncer à ce dessein en raison de l'opposition formée à cette union par sa famille à cause du passé de la jeune femme, qui avait eu quelques démêlés avec la justice.

Tous deux entrèrent à l'asile et, s'enfermant dans la chambre de l'interne, allumèrent un réchaud. Après avoir pris une injection de morphine, ils s'étendirent sur le lit, attendant la mort.

On les retrouva enlacés et sans vie, hier matin, vers 8 heures.

Un aliéné brûlé vif. — On avait amené mercredi soir, à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, un habitant de Rueil frappé d'aliénation mentale, nommé Jean-Louis Patriarche, âgé de trente-six ans. Le malade fut enfermé dans un cabanon et placé sous la surveillance de la sœur Sainte-Augustine. Vers huit heures, celle-ci fut remplacée à son poste par la sœur Marie-Thérèse.

Dans la soirée, en faisant une ronde, un surveillant vit de la fumée s'échapper du cabanon. Il donna l'alarme, on ouvrit la porte, et l'on trouva Patriarche étendu sur son lit en flammes, à demi asphyxié et déjà grièvement brûlé : le malheureux fou avait mis le feu à sa paillasse de varech avec une allumette oubliée dans ses poches. Son état fut jugé des plus graves.

M. Carré, commissaire de police, prévenu hier matin, a ouvert aussitôt une enquête et a informé le parquet de Versailles. (Le *Temps*, numéro du samedi 14 mai 1904.)

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1905

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *De l'association des idées chez l'idiot et l'imbécile.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs,

plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur travail manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1903 et en 1904, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.*

ANNÉE 1906.

PRIX AUBANEL. — 1,000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1904 pour les prix à décerner en 1905, et le 31 décembre 1905 pour ceux à décerner en 1906, chez M. le D^r ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XIV^e session, Pau, août 1904).

On pensait à juste titre que la remarquable organisation du Congrès de Bruxelles allait rendre bien difficile la tâche des secrétaires généraux des congrès suivants. La réunion de Bruxelles semblait devoir marquer l'apogée de nos congrès annuels et quoique M. Brissaud eût promis une température charmante, Pau avait la réputation d'être une station bien chaude au mois d'août. On avait tort de craindre qu'on pût faire une comparaison fâcheuse avec les congrès antérieurs et la XIV^e session s'est ouverte à Pau dans les conditions les plus brillantes. Un splendide casino, le Jardin d'hiver, a été mis à la disposition du Congrès. On était au milieu d'un parc planté de beaux arbres, avec vue sur la vallée du Gave et les Pyrénées. On avait de grandes salles bien aérées et aussi confortables que possible. Bon nombre de dames étaient inscrites comme membres associés et n'avaient pas manqué au rendez-

vous. Suivant l'usage, la session a débuté par une séance solennelle. M. Faisans, maire de Pau, a adressé aux membres du Congrès ses souhaits de bienvenue, et, en sa qualité de président du Congrès, M. Brissaud a remercié M. Faisans de l'accueil qui était fait au Congrès dans la ville de Pau; il a ajouté des remerciements au Préfet du département et à M. l'inspecteur général Droninean, délégué par le Ministre de l'Intérieur pour assister au Congrès. Puis M. Brissaud a prononcé comme discours d'ouverture l'éloge de Théophile de Borden, né à Izeste, dans le Béarn. On n'a pas élevé de statue à de Borden, mais c'est une des gloires du pays. Il a été l'inspirateur de Bichat; médecin-chirurgien, il fut un véritable précurseur. M. Brissaud le montre anatomiste, physiologiste, ayant senti les localisations cérébrales, ayant admis les vibrations nerveuses, le rôle trophique des nerfs et leur rôle vaso-moteur; hydrologiste, ayant fait connaître la valeur des eaux minérales de la région; collaborateur de l'Encyclopédie. Inutile de dire que M. Brissaud a été vivement applaudi.

A la suite de la séance solennelle, les membres du Congrès ont été invités à se rendre au château de Pau dont la visite avait été organisée. On tenait à nous faire aussi complètement que possible les honneurs de la ville de Pau.

Dans l'après-midi du 1^{er} août ont commencé les séances de travail. M. Francotte, notre aimable président de Bruxelles, avait écrit pour s'excuser de ne pouvoir venir à Pau et, en l'absence de M. Francotte, M. Régis, ancien président, procéda, suivant la tradition, à la transmission des pouvoirs; sur la proposition de M. Brissaud, proposition admise par acclamation, un télégramme fut adressé à M. Francotte. On désigna les présidents d'honneur. MM Arnaud et Noguès

furent élus vice-présidents. M. Crocq présenta les comptes du précédent Congrès, comptes se soldant par un excédent de recettes, et reçut aux applaudissements unanimes les remerciements du président.

M. Arnaud fut invité à prendre la présidence de la séance et la parole fut donnée à M. Deny pour l'exposé de son rapport sur la première question : Psychiatrie : Des démences vésaniques.

Ce rapport est presque entièrement consacré à l'étude de la démence précoce dont le Dr Deny donne pour définition : « Une psychose à manifestations variées, qui se montre surtout chez les jeunes gens à l'époque de la puberté ou de l'adolescence et qui se termine presque toujours, sinon toujours, au bout d'un temps relativement court, par l'abolition complète de l'intelligence. » L'auteur examine la genèse et la formule de la démence précoce : est-ce une psychose constitutionnelle ou une psychose accidentelle ? Il passe en revue la théorie d'Esquirol qui admettait l'idiotie accidentelle, et la théorie de Morel qui voyait dans la démence précoce un stigmat tardif de la dégénérescence. Puis, M. Deny passe en revue ce qu'il appelle la période allemande, autrement dit les travaux de Kahlbaum, de Hecker, de Kraepelin ; puis il arrive à la période contemporaine, comprenant dans cette période les travaux de 1900 à 1904.

Après cet historique, M. Deny croit qu'on ne peut guère envisager la démence précoce « autrement que comme une *entité clinique* à laquelle fait encore défaut une base anatomique indiscutable ». Le début de l'affection est habituellement signalé par des troubles névropathiques protéiformes suivis d'accès délirants polymorphes, accompagnés de symptômes physiques. Le signe psychique fondamental est l'affaiblissement des facultés, affaiblissement portant sur les trois

grandes facultés psychiques : sensibilité, intelligence et volonté, mais ne les atteignant ni de la même manière ni au même degré. Les signes psychiques accessoires sont des manifestations délirantes variées, des hallucinations, et surtout des états particuliers d'excitation, de dépression et de stupeur. Les signes physiques consistent habituellement en modifications des réflexes tendineux, cutanés, lumineux. Les troubles vaso-moteurs et trophiques sont assez fréquents. Il y a parfois des modifications de la fonction rénale.

L'étude anatomo-pathologique est présentée d'après les travaux récents de Klippel et Lhermitte, d'Alzheimer, de Nissl, de Bridier et de Pierret. Il est encore assez difficile de dire quelles sont les lésions qui caractérisent nettement la démence précoce.

Examinant l'étiologie, M. Dénv passe en revue l'âge, le sexe, l'hérédité, les auto-intoxications ; puis il arrive à la nature et à la pathogénie de la démence précoce, voit avec Régis des affinités très étroites avec la confusion mentale, et se croit en droit de la distinguer du groupe des folies dites dégénératives, pour la rattacher avec Kraepelin au groupe des maladies mentales dues à une auto-intoxication.

Dans un dernier chapitre, M. Dénv arrive à l'examen des démences vésaniques en général. Il considère comme difficilement acceptable la théorie qui admettait la transformation d'un processus vésanique en processus démentiel. Un cancer, dit-il, ne succède pas à une dyspepsie. La dyspepsie et la vésanie sont des manifestations prodromiques d'affections préexistantes. Toutes les psychoses ne sont pas également sujettes à verser dans la démence, tels par exemple le délire des persécutés persécuteurs, la paranoïa de Kraepelin, les diverses folies périodiques. Il y a trois grands groupes d'états démentiels consécutifs : 1° aux folies généra-

lisées; 2° aux psychoses dites des dégénérés; 3° aux folies systématisées chroniques. Ce sont des états qu'aux yeux de M. Deny on devrait considérer comme des démences primaires. Peut-on distinguer des démences organiques et des démences vésaniques? M. Deny ne le croit pas, et il termine par cette conclusion :

« Défalcation faite des *démences toxiques* et des
« *démences névrosiques*, qui ne rentrent pas dans le
« cadre de ce travail, on pourrait, en s'appuyant sur
« ces données, essayer de grouper, au moins provisoi-
« rement, les *démences organiques* (y compris les
« anciennes démences vésaniques) en deux grandes
« classes : celles qui sont dues à des *lésions circon-*
« *scrites, solitaires ou multiples*, et celles qui recon-
« naissent pour cause des *lésions diffuses et généralisées*
« *d'emblée* ; cette seconde classe pourrait, elle-même,
« être divisée en deux groupes, à la vérité artificielle-
« ment séparés, suivant qu'il s'agit de *lésions aiguës*
« ou *chroniques, réparables* ou destructives.

« Ce classement permettrait de réserver une place
« aux *anciennes démences aiguës curables*, qui, nées
« dans notre pays, ont au moins autant de peine au-
« jourd'hui à s'y acclimater que la démence précoce. »

La discussion fut ouverte aussitôt après l'exposé du rapport. M. Parant exprima l'avis qu'on doit maintenir la conception nosographique des démences vésaniques. Sous prétexte de synthèse, dit-il, on arrivera à faire entrer toute la pathologie mentale dans la démence précoce, la démence intermédiaire et la démence tardive. Le terme de démence précoce est impropre. Ni l'anatomie, ni la pathogénie, ni la clinique n'arrivent à faire de la démence précoce une entité bien définie. Le caractère primaire de la démence précoce peut être contesté, et on peut soutenir que la démence est consécutive à ce qu'on appelle les manifestations accessoires.

On arrive à faire, pour la démence précoce, ce qu'on a fait autrefois de la dégénérescence, qui englobait presque toute la pathologie mentale. La diversité des manifestations ayant une cause commune doit montrer que ce sont des fils d'un même père, mais conservant leur individualité propre. Il y a contradiction à admettre la guérison de la démence précoce. On a des exemples de guérisons d'accès de manie et de mélancolie qui se sont maintenues; on a même vu des cas où les malades étaient un peu plus intelligents après l'accès de folie qu'anparavant. La conclusion de M. Parant est qu'il y a des cas de maladie aboutissant chez les jeunes gens à la démence. On appelle ces cas : démence précoce. On pourrait les appeler : démence rapide.

M. Gilbert Ballet, sans admettre toutes les conclusions de M. Deny, n'a point partagé l'opinion de M. Parant, qui nie l'existence propre de la démence précoce. L'hébéphrénie, la démence paranoïde existent. Mais la démence précoce apparaît-elle chez des sujets normaux? Il conteste qu'il n'y ait que des démences arrivant à la déchéance complète. On doit examiner si la démence précoce est constitutionnelle ou acquise. M. Ballet, s'appuyant sur les recherches de MM. Kippel et Lhermitte, pense que certains cas de confusion mentale ou psychose toxique ne doivent pas être confondus avec la démence précoce; la diminution des cellules pyramidales semble indiquer une lésion morphologique congénitale, c'est-à-dire constitutionnelle. Examinant l'étiologie, il invoque, d'après ses observations personnelles, l'importance des antécédents héréditaires. Il conclut en disant que la démence précoce apparaît comme une maladie constitutionnelle.

M. Régis a combattu très vivement les conclusions de M. Deny, qui, dit-il, a essayé de rayer du cadre nosologique les démences secondaires, en soutenant que

les unes sont des démences précoces, les autres des démences primaires, et en rattachant à la démence toutes les grandes formes de psychoses. La manie et la mélancolie sont observées depuis des siècles ; il y a les psychoses des dégénérés, la folie systématisée et les démences secondaires. Il y a trouble mental au début et l'affaiblissement intellectuel est consécutif. On constate dans la démence précoce trois grandes formes cliniques : hétérophrénique, catatonique, paranoïde. Le bloc présenté par Kraepelin n'est pas homogène et est formé d'éléments mal cimentés entre eux. On peut distinguer deux types :

1° Chez des individus plus ou moins tarés, arrêt et recul de l'intelligence. C'est le type Morel, qui ne voyait pas là une démence primaire ;

2° Déments catatoniques et paranoïdes. C'est là une psychose toxique et non une démence précoce.

M. Masselon a exposé qu'on doit faire une distinction entre la démence précoce et certaines autres formes d'affaiblissement intellectuel primitif. Dans la démence précoce, l'affaiblissement intellectuel consiste en une incoordination intra-psychique primitive, une désagrégation totale des éléments de l'esprit avec vie autonome de ces éléments. On ne doit pas englober la démence précoce dans le groupe des confusions mentales. La démence paranoïde vient se placer à côté de la démence précoce, mais est distincte d'elle. Les débiles qui tombent dans la démence (conception de Morel) doivent être exclus du cadre de la démence précoce, qui est une psychose accidentelle.

M. Crocq a exposé que pour lui la démence précoce est la démence rapide. Il a présenté la statistique des faits observés par lui. Dans la classe aisée il a vu la démence précoce plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ; dans la majorité des cas, contrairement

à ce qu'a dit M. Deny, la maladie a débuté après vingt-cinq ans.

En ce qui concerne les causes prédisposantes, il a observé des antécédents héréditaires dans 70 p. 100 des cas. Quant aux causes occasionnelles il a observé cinq cas de traumatisme crânien chez l'adulte. M. Crocq insiste sur l'influence de cette cause.

L'heure étant avancée, la suite de la discussion a été renvoyé, au lendemain 2 août.

Le soir une brillante réception offerte par M. Faisans, maire de Pau, et par M^{me} Faisans, avait lieu sous la grande galerie du Jardin d'hiver. M^{me} Girma, qui déjà le matin s'était jointe à son mari pour accueillir les dames, se chargeait des présentations à M^{me} Faisans. Cette soirée charmante avec musique, chants, projections électriques faisait oublier la fatigue du voyage de la veille et terminait bien cette première journée du Congrès.

Dans la séance du matin du 2 août, M. Doutrebente a repris la discussion sur la démence vésanique et la démence précoce. Il a rappelé les observations de Morel et a montré les difficultés de diagnostic de la démence précoce et de la confusion mentale.

M. Vallon a pris ensuite la parole et a dit que la question paraît dominée par une définition. La démence décrite par Esquirol est un aboutissant, une période et non une maladie. La manie existe et se trouve dans tous les pays, que ce soit une maladie ou un syndrome. Il en est de même de la mélancolie. La manie et la mélancolie peuvent aboutir à la démence. Les vieux systématisés résistent mieux à la démence. Il y a la démence à la suite de la folie dégénérative, mais il n'y a pas un fossé creusé entre le délire chronique de Magnan et les bouffées délirantes des dégénérés. La démence arrive plus vite chez les individus tarés. La démence précoce

type est celle des dégénérés, mais il y a aussi d'autres démences précoces. La confusion mentale peut aboutir à la démence, mais ce sont néanmoins deux formes distinctes. La conclusion de M. Vallon est qu'on a détourné les termes démence et précoce de leur signification propre.

M. Pactet a déposé sur le bureau sept observations de démence précoce. Il y a comme cause prédisposante l'hérédité ou trouble de la vie fœtale et comme cause occasionnelle l'infection ou l'auto-intoxication. C'est une maladie de l'enfance et une maladie incurable. Les cas de guérisons signalés paraissent être des cas de confusion mentale.

M. Colin a apporté les résultats des recherches de M. Klippel. Il n'y a pas de réaction du tissu vasculaire et névroglique. M. Colin a ajouté quelques réflexions personnelles sur la démence précoce qu'il considère comme un type bien défini.

M. Dide s'est attaché à rechercher les signes qui permettent de faire le pronostic de la démence. L'excitation maniaque avec hallucinations psycho-motrices, suivie de stupeur hallucinatoire, est généralement incurable. Les troubles vaso-moteurs ne sont pas spéciaux à la démence précoce, mais se rencontrent si fréquemment qu'il faut en tenir compte. Dans la pathogénie de la démence précoce on trouve des phénomènes d'auto-intoxication, mais ces phénomènes ne sont pas assimilables à l'insuffisance hépatico-rénale. Le régime lacté avec alitement n'a pas modifié sensiblement l'état mental.

M. Dupré a apporté deux observations de cas diagnostiqués démence précoce et ayant guéri. Il a ajouté que Nissl a observé un cas de guérison persistant depuis quinze ans. M. Dupré a ajouté qu'il ne faut pas opposer la psychiatrie allemande à la psychiatrie française. Kraepelin est moins absolu qu'on ne le déclare et les alié-

nistes allemands n'ont pas d'ailleurs adopté toutes les idées de Kraepelin. Nissl considère que la lésion dans la démence précoce est parenchymateuse et pense que la guérison se fait par suppléance fonctionnelle. M. Dupré croit que la maladie est constitutionnelle.

Lecture a ensuite été donnée d'une note de M. Paul Garnier défendant l'œuvre de Morel et de Magnan; puis M. Dén y a répondu avec beaucoup d'humour aux critiques opposées à ses conclusions. La paralysie générale a été considérée antrefois comme une terminaison et a été ensuite reconnue comme une maladie primaire. Il croit qu'il en sera de même de la démence précoce.

Au début de la séance de l'après-midi, M. Brissaud a présenté le résumé de la question. Il a montré l'incertitude du pronostic dans d'autres maladies du système cérébro-spinal. Une paralysie spinale infantile développée à l'âge de huit ans peut guérir complètement ou laisser l'enfant paralysé *ad integrum*. M. Dén y dit que la démence est primaire et M. Parant y voit une terminaison. Ce sont là les deux opinions extrêmes. Ce qu'on peut dire c'est que la preuve n'est pas faite sur l'anatomie pathologique de la démence précoce. C'est une maladie de l'ectoderme nerveux, mais les examens sont encore insuffisants. Il y a des types cliniques, dont le diagnostic est difficile, ayant une issue fatale chez les uns et remédiable chez les autres.

Après ce résumé vivement applaudi, la parole a été donnée à M. Sano pour l'exposé de la deuxième question ayant pour titre : Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière.

Dans son rapport M. le D^r Sano pose d'abord en principe que les corrélations morphologiques et fonctionnelles de nos organes répondent à des lois générales que l'anatomie comparée et l'embryologie nous décèlent. Toujours la spécialisation fonctionnelle et la différen-

ciation anatomique sont intimement corollaires l'une de l'autre. M. Sano consacre un chapitre à l'histoire de la question ; il expose les recherches expérimentales de Ch. Bell, Peyer, Krause, Vulpian, Ferrier. Il présente un tableau des relations approximatives des nerfs spinaux avec les fonctions motrices de la moelle épinière, d'après Gowers en 1886. Il donne ensuite une série de schémas montrant les résultats obtenus de l'examen des moelles épinières d'amputés, cite les recherches de Nissl. Il complète son historique par une bibliographie très complète des principaux travaux originaux de 1811 à 1904.

M. Sano aborde ensuite l'examen des méthodes employées pour rechercher les localisations médullaires et insiste particulièrement sur l'arrachement des racines. Il passe en revue les recherches de Marinesco, de Neef, de Knappe, de Parhon et de ses collaborateurs, qui au lieu de procéder par arrachement des nerfs ont extirpé des muscles et ont cherché dans la corne antérieure les altérations consécutives à cette extirpation. Il expose ensuite les recherches d'Onuf et de Collins qui ont constaté la chromolyse dans la substance grise médullaire après extirpation des ganglions du grand sympathique. Il passe aux recherches de Brissaud et Bauer qui ont étudié chez le têtard de la grenouille la répartition topographique des lésions des cellules radiculaires des cornes ventrales de la moelle après amputation des segments des membres.

M. Sano consacre un chapitre aux contributions anatomo-pathologiques et expose les travaux de Parhon et Savu, de Parhon et Goldstein, de De Buck, de Van Gehuchten et Nelis, Jacobsohn, de Neef, Alexandre Bruce, Souques et Marinesco, Monakow, Flatau, Obersteiner, Ballet, Switalski, Magnus, Lannois et Porot. Il examine dans un autre chapitre les objections faites, puis passe aux essais de synthèse, examine les théories,

théories radiculaire, fasciculaire, nerveuse, segmentaire, musculaire, fonctionnelle, téléologique.

Un autre chapitre est consacré aux essais de topographie médullaire, moelle cervicale, moelle lombo-sacrée.

M. Sano fixe d'une manière précise la signification d'un certain nombre de termes employés. Ses conclusions sont :

« La localisation des fonctions motrices de la moelle
« épinière de l'homme répond à la différenciation morphologique et fonctionnelle du système musculaire.

« A chaque muscle strié correspond un noyau médullaire, à chaque groupement de muscles un groupement de noyaux, à chaque segment de membres une zone régulièrement disposée. Au membre tout entier correspond l'ensemble des trois zones du bras, de l'avant-bras et de la main, ou de la cuisse, de la jambe et du pied.

« Tout comme les muscles striés, les muscles ont leur centre d'innervation localisé dans des noyaux à situation constante.

« Nos connaissances par rapport aux territoires nettement délimités sont suffisantes pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble.

« L'atlas de Bruce nous donne la description exacte des noyaux moteurs médullaires.

« Les documents d'anatomo-pathologie humaine ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir désigner avec certitude la fonction de chacun de ces noyaux.

« Pour la moelle de l'homme il serait prématuré de dire plus que ce que nous avançons; mais pour le chien il apparaît clairement que les idées générales émises par Parhon, Brissaud et Marinesco sur la signification fonctionnelle, l'embryogénie et la téléologie des centres moteurs sont rigoureusement exactes. »

M. Sano a complété son rapport par une annexe sous forme d'un mémoire sur ses recherches personnelles de contrôle concernant les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière. Dans ce mémoire, il présente le schéma des migrations fonctionnelles du noyau cellulaire et des cellules motrices de la moelle de l'homme en réaction ; puis il expose ses expériences de localisation chez la grenouille, le pigeon, la poule, le lapin, le chat, le cobaye, le chien. Il fait connaître ensuite ses études de la moelle humaine normale, le noyau d'innervation du diaphragme. Il termine par ses recherches anatomo-pathologiques et de topographie médullaire chez l'homme.

La parole a été donnée à M. Grasset pour la discussion du rapport. M. Grasset dit qu'il existe trois types de centres ou groupements de neurones :

1° Le type de distribution segmentaire ; c'est le type décrit par Brissaud ;

2° Le type à distribution radiculaire ; c'est le type décrit par Dejerine ;

3° Le type à distribution musculaire individuelle décrit par Sano.

Ces types ne s'excluent pas, mais se superposent les uns aux autres.

M. Parhon a ensuite présenté l'exposé de ses recherches personnelles.

M. Brissaud a fait observer que nous sommes parfois trompés par le mot noyau en pensant que ce terme s'applique à un petit amas de cellules. Un noyau médullaire peut avoir toute la hauteur de la colonne cervicale. Nous n'avons en ce moment que le moyen de faire des schémas, mais cela ne contredit pas la théorie des localisations médullaires.

M. Cabannes a abordé la question des noyaux du sympathique dans la moelle. L'ablation des ganglions

sympathiques détermine des troubles trophiques de la moelle.

M. Ballet a apporté les recherches faites dans son laboratoire, sur quelques centres sympathiques de la moelle épinière, par M. Laignel-Lavastine. Les conclusions de ce travail sont :

1° Des neurones de la chaîne sympathique-thoracique ont leurs centres trophiques dans la corne latérale de la moelle dorsale et dans un noyau latéro-externe de la corne antérieure de la moelle cervicale inférieure;

2° Le noyau latéral externe de la base de la corne antérieure de la moelle cervicale est distinct du noyau postéro-externe de la corne antérieure dont les cellules sont étoilées.

La séance a été terminée par une discussion entre MM. Sano, Grasset et Brissaud sur ce qu'on doit appeler le noyau segmentaire. M. Grasset admet des centres supra-nucléaires et des centres de localisation cérébrale. M. Brissaud a répondu que le groupement supérieur ne peut pas ne pas être, mais nous ne le voyons pas. Il ne peut pas y avoir d'action isolée sur un muscle et il n'y a pas un mouvement qui ne comporte une synergie musculaire.

Le soir avait lieu le banquet par souscription. Je ne puis pas insister sur le côté gastronomique du Congrès; je me bornerai à dire que le repas fut fort gai et que les dames y avaient été gracieusement invitées.

Le programme du mercredi 3 août comportait : visite de l'asile; déjeuner offert par le Conseil général; séance de communications à l'asile.

Je ne m'étendrai pas longtemps sur l'asile Saint-Luc, qui est bien connu. Nous avons vu un asile très bien tenu dans toutes les parties anciennes, et des constructions neuves où l'installation des malades est excellente. Au moment de notre visite l'état sanitaire à

l'asile était aussi bon que possible. Pas de maladies incidentes à l'infirmerie des hommes. La tuberculose qui était fréquente autrefois est devenue rare, depuis qu'on a adopté des mesures d'isolement des tuberculeux, l'usage des crachoirs et l'abandon du balayage à sec. L'infirmerie des femmes, nouvellement construite, est un beau bâtiment bien aéré, bien distribué, avec galeries-promenoirs. Les pensionnats se divisent en deux catégories : pensionnaires ordinaires, et pensionnats de luxe. Pau est une station où viennent les gens riches, et il est bien logique de donner aux malades une installation en rapport avec leur fortune.

Pendant que les membres du Congrès visitaient l'asile sous la conduite de notre ami Girma, M^{me} Girma faisait fonction de secrétaire général, côté des dames, en recevant les dames qui n'avaient pas à suivre la visite complète de l'asile. Tout le monde, d'ailleurs, devait se retrouver à l'heure du déjeuner offert par le Conseil général. Ce déjeuner était fort bien servi et présidé par le Préfet des Basses-Pyrénées. Après le déjeuner une série de toasts. Le Préfet, le Président de la Commission de surveillance, M. l'Inspecteur général Drouineau, M. Brissaud, M. Crocq prirent successivement la parole.

Des éloges furent adressés à M. Girma pour la bonne tenue de l'asile et pour les améliorations qu'il avait apportées. Des applaudissements répétés montrèrent combien ces éloges paraissaient bien mérités. Après le déjeuner, photographie des membres du Congrès ; puis, pour se conformer au programme, séance de communications. Une salle avait été préparée, mais on décide qu'il est plus agréable de tenir séance en plein air sous les arbres, et aussitôt une équipe de malades transporte chaises et tables ; on s'installe à l'ombre sur le gazon. Comme les dames sont restées avec M^{me} Girma,

chacun se met à l'aise et quelques-uns trouvent que la meilleure position est de s'étendre sur le gazon. C'est dans ces conditions qu'on se met au travail. Quelques jeunes filles indiscrètes viennent voir de loin cette séance qui ne manque pas d'originalité, et dissimulent mal des Kodaks braqués sur nous.

M. Doutrebente a présenté, en collaboration avec M. Marchand, les observations de deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains froids, le régime lacté et les purgatifs qu'indiquait la nature toxi-infectieuse de l'affection.

M. Dupré a apporté une observation de puérilisme avec altération de la personnalité chez une vieille démente aveugle.

MM. Taty et Giraud (de Lyon) ont communiqué une observation de lésion de l'écorce cérébelleuse chez une idiote aveugle.

M. Coulonjou a lu un mémoire intitulé : « Quelques réflexions sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne. » L'auteur constate la rareté de la paralysie générale à l'asile d'Alençon, quoique la syphilis et l'alcoolisme soient communs dans le département de l'Orne. M. Coulonjou, constatant que la culture intellectuelle est fort en retard dans la basse Normandie, conclut en disant que ce fait semble confirmer la théorie qui fait de la paralysie générale une affection due surtout à l'usure cérébrale, les autres causes étant seulement occasionnelles.

Ce mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Régis, Cullerre, Lalanne, Brissaud, Doutrebente, qui ont tous insisté sur l'importance de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. Cruchet a fait une communication intitulée : « Forme clinique des tics unilatéraux de la face. » Il les groupe en : tics d'ordre réflexe douloureux ou non dou-

loureux ; tics d'ordre organique paralytique ou non paralytique ; tics d'ordre professionnel.

Cette communication a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Meige, Brissaud et Tissié. MM. Meige et Brissaud ont soutenu que M. Cruchet, avec son maître M. Pitres, confondait les spasmes et les tics.

M. Cullerre a lu un mémoire très intéressant intitulé : « Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses. » Ce mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Brissaud, Dide, Meige, Mabilie, Dupain, Deny. M. Brissaud a tout particulièrement insisté sur l'intérêt du travail de M. Cullerre.

M. Pailhas a fait une communication sur les contractures observées chez de vieux déments à la suite de la grippe.

Dans la discussion, M. Dupré a exprimé l'opinion que dans ce cas il y a de légères méningites.

M. Dubourdieu, dans un mémoire intitulé : « Caisses de retraites », a signalé le préjudice causé à un certain nombre de médecins aliénistes par le règlement de la caisse des retraites de divers départements. Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Drouineau, Giraud, Doutrebente, Pichenot, il a été convenu qu'un vœu serait rédigé et soumis au vote du Congrès à une séance ultérieure.

La séance du 4 août comportait une séance consacrée aux communications particulières, mais non moins originale dans son genre que celle de la veille. Cette séance devait se tenir à environ 1.000 mètres au-dessus du niveau de la mer, au pic de Jer, à l'entrée de la vallée d'Argelès. Départ le matin pour Lourdes, visite de la basilique et de la grotte, rendez-vous à la gare du funi-

culaire du pic de Jer. Ascension, déjeuner organisé au restaurant du pic de Jer et séance de travail, tel est le programme fidèlement suivi.

M. Claparède, de Genève, a lu un mémoire sur l'exploration clinique du sens musculaire. Ce travail a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Dide et Meige.

M. Schnyder, de Berne, a communiqué un travail intitulé : « Examen de la suggestibilité chez les nerveux. » La lecture de M. Schnyder a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Régis et Crocq.

M. Crocq fait une communication sur les phénomènes morbides d'habitude. Son exposé a provoqué quelques remarques de M. Régis qui a insisté sur l'influence des phobies et des obsessions en pareil cas.

M. Crocq a ensuite indiqué sous le titre : « Un moyen épilepto-frénateur héroïque », un procédé signalé succinctement par Mac Conaghey, d'Édimbourg, pour arrêter les accès d'épilepsie. Il suffit de placer le malade sur le côté gauche. Dans tous les cas où M. Crocq et son assistant, M. Marlow, ont eu l'occasion de l'employer, le succès a été complet.

La séance a été terminée par une communication de M. Foveau de Courmelle sur le radium en thérapeutique nerveuse. Le radium serait, d'après l'auteur, un analgésique puissant.

La séance du matin du vendredi 5 août a été consacrée à la discussion du rapport sur la troisième question : « Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels », rapport présenté par M. le Dr Kéraval. On constate dans le début que M. Kéraval a envisagé la question des aliénés criminels dans son sens le plus large. « Cette question, dit-il, comporte, en réalité, l'étude de l'assistance des aliénés criminels, des criminels aliénés, des aliénés méconnus et condamnés, des

aliénés dangereux, des aliénés vicieux, des aliénés difficiles, des anormaux quelconques sur les frontières de la folie qui ont eu maille avec l'autorité ou avec la justice. Elle comporte aussi l'examen des doctrines de la criminalité et des dégénérescences acquises sous l'influence d'habitudes vicieuses telles que l'abus des boissons alcooliques. »

Dans un premier chapitre, M. Kéraval fait l'histoire de la question. Georget, en 1828, proposait des mesures spéciales à l'égard des aliénés criminels. Aubanel était d'avis que les fous homicides fussent à jamais privés de leur liberté. Lors de la discussion de la loi de 1838, des amendements furent déposés à propos des aliénés criminels : ces amendements furent repoussés. En 1846, Briere de Boismont proposa de créer des établissements ou tout au moins des divisions spéciales pour fous, vagabonds et criminels. La question fut discutée en Angleterre en 1854, et à la Société médico-psychologique à Paris en 1868 et 1869. Falret repoussa la création des asiles spéciaux pour aliénés criminels. De 1869 à 1878, cette création trouva à l'étranger des partisans et des détracteurs. La question fut reprise en 1878 à la Société médico-psychologique et fut continuée en 1881 et 1882. La Commission parlementaire de revision de la loi sur les aliénés proposa des mesures spéciales pour les aliénés ayant commis des crimes. En 1892, parut le rapport de M. P. Garnier au troisième congrès d'anthropologie criminelle, rapport concluant à la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction. M. Kéraval analyse ensuite les mémoires de Noecke, de Charpentier, de M. Motet, de M. Monod, de M. Gilbert Ballet, les nouvelles discussions de la Société médico-psychologique, le rapport de M. Constant en 1897, à la Société générale des prisons, le mémoire de

MM. Ramadier et Fenayrou, le rapport de M. Taty au congrès de Marseille en 1899, les faits cités par M. Ritti sur les aliénés en liberté, le rapport de M. Regnard, les discussions du congrès d'anthropologie criminelle d'Amsterdam en 1901, la section III du projet de loi Dubief, la thèse de M. Alombert-Goget, la thèse de M. Maurice Olivier, le rapport de M. Sérieux sur l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse, le chapitre de M. Vallon sur l'internement des aliénés criminels dans le *Traité de pathologie mentale* de M. Gilbert Ballet. Dans un second chapitre M. Kéraval étudie les problèmes à résoudre.

1° Y a-t-il lieu de prendre des dispositions judiciaires, c'est-à-dire de substituer l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, pour le placement et la sortie :

Des aliénés criminels ;

Des criminels aliénés ;

Des aliénés dangereux, vicieux, dépravés ?

2° Y a-t-il lieu de prendre des dispositions médico-administratives, c'est-à-dire d'éliminer des asiles ordinaires :

Les aliénés criminels ;

Les criminels aliénés ;

Les aliénés dangereux, vicieux, dépravés ?

Après avoir énuméré les arguments apportés, de part et d'autre, par ceux qui répondent affirmativement et par ceux qui répondent négativement, M. Kéraval apporte les renseignements qui lui ont été fournis sur le fonctionnement de l'infirmerie pénitentiaire de Gail-
lon, et les résultats de l'enquête faite par lui dans les asiles. M. Kéraval présente ensuite des considérations très intéressantes sur les mesures à prendre pour empêcher les aliénés de commettre des crimes ou des délits.

Il arrive aux conclusions :

1° Qu'il faut en première ligne prévenir les crimes et délits des aliénés avant leur internement par la séquestration rapide des aliénés.

2° Qu'il est possible de prévenir les crimes et délits des aliénés sortis des asiles par guérison ou par amélioration.

3° Que les dispositions judiciaires spéciales peuvent être admises, tout en ne paraissant pas indispensables, pour les aliénés criminels, et doivent être repoussées pour les aliénés dangereux, vicieux et dépravés des asiles.

4° Qu'il n'y a pas lieu de faire un asile spécial pour les aliénés criminels, mais qu'on peut conserver Gaillon pour les criminels aliénés si l'on en trouve encore après la réforme de l'expertise.

5° Qu'il faut améliorer les asiles actuels, et après cette réforme, si l'on trouve encore des sujets réfractaires dans les asiles, envoyer administrativement ces individus à Gaillon. L'auteur termine son rapport en disant qu'en ce qui le concerne, il n'a jamais eu besoin d'aucune de ces dispositions médico-administratives.

Après l'exposé fait par M. Kéraval de son rapport, la discussion a été ouverte.

M. Doutrebente a dit qu'il a constaté la transformation possible d'un aliéné dangereux au dehors en un aliéné tranquille à l'asile. Il y a des mesures urgentes à prendre à l'égard des aliénés dangereux en liberté. Ces mesures sont toujours prises pour les aliénés placés à l'asile. M. Doutrebente admet l'opportunité de l'intervention judiciaire, pour le placement, le maintien et la sortie des aliénés délinquants.

M. Colin a exposé qu'à son avis il y a réellement des aliénés criminels. Chez eux il y a superposition de la folie et de l'instinct criminel. Il faut pour eux un

asile spécial. M. Colin n'est pas d'avis d'avoir des asiles annexés aux prisons ni des asiles-prisons et il conclut en demandant un asile central pour les criminels, comme en Angleterre et aux États-Unis.

M. Parant a exposé que la dénomination d'aliénés criminels est des plus déplorables. Elle assemble deux mots qui ne devraient pas se trouver réunis et elle est de nature à entretenir les opinions fausses qui ont cours sur l'internement des aliénés, que la plupart des gens, au lieu d'y voir une simple hospitalisation, sont portés plutôt à le considérer comme un emprisonnement. Il a combattu la création d'asiles spéciaux et dit qu'il préfère à l'asile un quartier spécial pour les aliénés dangereux. Il a combattu l'intervention de la magistrature en signalant combien les enquêtes faites par le Parquet à la suite du placement des aliénés sont souvent maladroites. Cette intervention, a-t-il dit, contribuera à assimiler les aliénés à des délinquants, ce qui sera souverainement déplorable.

M. Pactet a défendu la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels. L'acte de l'aliéné criminel doit être examiné; cet acte est indépendant de l'aliénation mentale. M. Pactet serait d'avis d'étendre le placement dans l'asile spécial à tous les aliénés qui ont des tendances criminelles.

M. Vallon a dit que l'asile doit devenir de plus en plus un hôpital. Il n'est pas partisan d'un asile spécial pour tous les délinquants, mais seulement pour une certaine catégorie, notamment les délinquants évadés. Il admet la création d'établissements régionaux sous la réserve qu'ils seront dirigés par un médecin spécial.

M. Gimbal a apporté la statistique des aliénés criminels à l'asile de Prémontré. Sur quarante, vingt-sept sont de bons travailleurs ne nécessitant aucune mesure spéciale; treize sont des malades insupportables dont

plusieurs sont des évadeurs dangereux. C'est à ces treize malades seulement que devrait s'appliquer le placement dans un asile spécial et ils seraient mieux dans l'asile spécial que dans les cellules où ils sont actuellement.

M. Féré, de Pau, a signalé un danger dans les mesures que l'on propose à l'égard des aliénés traités à domicile. La déclaration d'aliénation mentale peut, à son avis, présenter de graves inconvénients en cas d'erreur de diagnostic.

L'auteur de cette chronique a exposé qu'il n'y a pas lieu de prendre une mesure générale à l'égard de tous les aliénés délinquants. Les paralytiques, par exemple, sont bien à leur place à l'asile, et le nombre des aliénés qu'on ne peut soigner facilement dans l'asile ordinaire, même quand ils ont commis un crime, est très limité. Quant aux avantages de l'intervention de la magistrature, ils ne sont pas démontrés.

M. Drouineau a dit que l'obstacle rencontré par la construction d'un asile spécial aux aliénés criminels a été une question financière. Un vœu du Congrès pourrait être utile à la solution de cette question.

M. Dupré a déposé une note de M. Paul Garnier et a apporté l'observation d'un criminel aliéné alcoolique et impulsif. La conclusion est que, pour ces êtres dangereux et antisociaux, s'impose la création des asiles de sûreté, intermédiaires entre l'asile et la prison.

M. Régis a signalé une lacune dans la législation. Il y a des criminels pour lesquels les experts concluent à une atténuation de responsabilité. M. Régis serait d'avis que l'asile spécial pût recevoir cette catégorie de semi-aliénés.

M. Crocq a apporté des renseignements sur la pratique adoptée en Belgique pour les aliénés criminels. La plupart sont placés dans les asiles de l'Etat à Tournay

et à Mons, mais ce n'est pas une règle absolue. Les aliénés les plus dangereux sont les fous moraux. M. Crocq croit qu'il serait utile pour les criminels supposés aliénés de poser au jury deux questions :

L'accusé est-il coupable ?

L'accusé est-il responsable ?

M. Kéraval a répondu brièvement aux objections qui lui avaient été faites et a maintenu les conclusions de son rapport. Le vote sur ces conclusions a été renvoyé à l'ouverture de la séance de l'après-midi.

Au cours de cette séance du matin, le Congrès avait maintenu sa résolution de tenir la prochaine session, en 1905, à Rennes. M. Sizaret, déjà désigné comme secrétaire général, avait signalé que l'asile de Rennes, à la suite d'un incendie, était pour partie en reconstruction et se prêterait mal à la réception du Congrès ; à la majorité, les membres du Congrès ont été d'avis qu'il n'y avait pas là obstacle à la réunion du Congrès dans l'ouest de la France, en Bretagne, et que Rennes était la ville qui convenait le mieux. L'auteur de cette chronique a eu le très grand honneur d'être désigné comme président de la prochaine session et a adressé tous ses remerciements à ses collègues.

Au début de la séance de l'après-midi, le Congrès, à la majorité des votants, a exprimé l'avis que la création d'asiles spéciaux pour le traitement des aliénés particulièrement dangereux s'impose d'urgence.

Le Congrès a émis le vœu que l'établissement de Gaillon soit utilisé immédiatement, sous le couvert de la loi de 1838, pour le traitement des aliénés criminels et dangereux, ainsi que pour les criminels aliénés ; que la magistrature intervienne pour le placement et la sortie de cette catégorie d'aliénés ; enfin que des mesures soient prises pour l'amélioration des asiles d'aliénés, en général, et leur désencombrement.

On a ensuite entendu une série de communications : Polyencéphalite supérieure, aiguë, hémorragique, par MM. Brissaud et Brécy;

Étude anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue de la topographie des muscles atrophiés et des localisations médullaires, par MM. Parhon et Papinian (de Bucarest);

Contribution à l'étude des représentations motrices du membre inférieur dans la moelle épinière de l'homme, par MM. Parhon et Goldstein;

Euphorie délirante des phtisiques. Étude anatomo-clinique, par M. Dupré. L'auteur attribue le trouble mental des phtisiques à l'intoxication par les poisons bacillaires et à l'insuffisance hépato-rénale;

Traumatisme et délire alcoolique, par M. Mabilie;

Migraine ophtalmique avec hémianopsie et aphasie transitoires. Hémiface succulente. Photophobie et tic de clignement, par M. Henry Meige;

Des stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques de la dégénérescence chez l'animal, en particulier chez le cheval (étude clinique), par MM. Fernand Rudler et C. Chomel;

Névrite et atrophie optique dans l'érysipèle facial, par M. Cabannes;

Recherches sur la sensibilité normale de la cornée et de la conjonctive, par MM. Cabannes et Robineau;

L'éducation physique appliquée au traitement des maladies mentales, par le D^r Tissié.

Troisième séance à neuf heures du soir, séance très intéressante de projections. M. Sano a montré des travaux anatomiques qu'il a faits sur les embryons. M. Deny a montré une série de types de catatoniques de son service. M. Tissié a fait voir des écoles de gymnastique suédoises. M. Bérillon a donné des vues du dispensaire antialcoolique de Paris. M. Meige a obtenu le

plus grand succès en faisant passer sous les yeux une série de vues reproduisant des dessins et des tableaux ayant trait à une jonglerie opératoire pratiquée jadis par des chirurgiens ambulants sous le nom d'opération des pierres de tête. M. Meige a projeté une trentaine d'images de ce genre, recueillies dans les différentes collections privées et publiques d'Europe.

Pour clore la dernière journée à Pau, une réception était très aimablement offerte, à dix heures du soir, par la Société de médecine de Pau.

La journée du samedi 6 août comportait un programme des plus variés. Il y avait tout à la fois un pèlerinage au lieu de naissance de Borden, une séance de travail, un déjeuner offert par M. et M^{me} Brissand, et enfin une fort belle excursion dans la montagne avec visite de stations thermales.

Départ pour Izeste à neuf heures du matin. A dix heures, séance de communications à l'Hôtel de ville de Louvie, commune contiguë à Izeste, dont la sépare le Gave d'Ossau. Au début de la séance, paroles de bienvenue du maire de Louvie et réponse du président.

Faisant suite au mémoire de M. Dubourdieu, un vœu fortement motivé, en vue de faire cesser les difficultés que rencontrent dans certains départements les médecins d'asile pour obtenir leur retraite, est soumis au Congrès et adopté.

On entend ensuite :

De M. Bérillon : La méthode hypno-pédagogique, ses applications au traitement des habitudes viciieuses chez les enfants;

Du même auteur : Le dispensaire antialcoolique de Paris et le traitement des buveurs d'habitude;

De M. Lannois : Myotonie avec atrophie musculaire;

De M. Dupré : Un cas d'aphasie motrice et sensorielle avec mouvements associés du membre supérieur;

De MM. Meige et Feindel : Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance;

De M. Crouzet : Le climat de Pau et les nerveux;

De M. Royet : Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de quelques états vertigineux. M. Royet fait jouer un grand rôle dans ces états à la soudure de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du nasopharynx, et son mémoire a provoqué une discussion assez étendue à laquelle ont pris part MM. Pitres, Régis, Meige et Dupré.

Ce fut la clôture des séances de travail.

J'aurais à citer encore toute une série de mémoires déposés sur le bureau et dont les résumés imprimés ont été distribués au cours de diverses séances. Ce sont :

Schéma bulbaire, par M. Pierre Bonnier;

Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale, par MM. Briche, Raviart et Caudron;

Un cas de maladie de Raynaud, suivi de mort, par M. Coulonjou;

Le phénomène plantaire combiné, par M. Crocq;

Les formes fébriles du tabes, par M. Faure;

Un cas de démence précoce avec autopsie, par MM. Laignel-Lavastine et Raoul Leroy;

Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme, par M. Lamy;

Relations cliniques de la cécité avec la paralysie générale et le tabes, par M. Léri;

Démences de la puberté, par M. Marie;

Sur la démence organique secondaire à quelques délires chroniques hallucinatoires, par MM. Marie et Viollet;

Délire de possession par les reptiles, délire de grossesse et entéro-colite muco-membraneuse, par M. Mirallié;

Contribution à la thérapeutique du tabes. Le nitrite de soude, par MM. Oberthür et Bousquet;

Psychasthénie et diabète, par MM. Oberthür et Chenais;

Un cas de polynévrite éthylique ayant évolué sous la forme de paralysie ascendante, par MM. Oberthür et Roger;

Douleur épigastrique suraiguë dans la neurasthénie, par M. Page;

Mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels, par M. Rey;

Malformations crâniennes et syndrome bulbaire; enclavement du bulbe, par MM. Sicard et Oberthür.

J'ai terminé l'analyse de tout ce qui touche au travail du Congrès.

Après la séance tenue à l'Hôtel de ville de Louvie, eut lieu le déjeuner offert par M. et M^{me} Brissaud, réunion charmante, en plein air, sous de grands arbres, au bord du Gave d'Ossau, dans un site superbe, avec le pic du Midi d'Ossau, comme fond de tableau. Après le déjeuner, départ pour Laruns où des voitures attendaient les membres du Congrès pour les conduire aux Eaux-Chaudes et aux Eaux-Bonnes, excursion des plus pittoresques, dans des sites grandioses. Visite des établissements thermaux, et, aux Eaux-Bonnes, réception, par le maire, au Casino qui était ouvert gracieusement aux membres du Congrès.

Le lendemain matin, 7 août, dernière excursion consistant à aller des Eaux-Bonnes à Argelès par le col d'Aubisque en suivant la superbe route, dite route thermale. Ce n'était point petite affaire d'organiser le transport d'une centaine de personnes dans la montagne, par une route en lacets, s'élevant à une altitude de 1.800 mètres, et taillée dans une partie du trajet le long de grands précipices. La route est fort belle et

parfois impressionnante. Grâce à la bonne organisation et à la mesure prudente d'échelonner tous les départs, notre aimable secrétaire général eut le plaisir de voir tout le monde arriver à Argelès sans incidents sérieux de route, et on avait admiré un merveilleux panorama. La session était close après la réception et le déjeuner offert par l'Institut physico-thérapeutique d'Argelès. On était sous le charme de ce beau pays, et pendant plusieurs jours des groupes de congressistes se retrouvaient, excursionnant dans les diverses stations des Pyrénées, la plupart profitant de la durée de validité des billets de chemin de fer s'étendant jusqu'au 13 août.

Le Congrès de Pau laissera le souvenir d'un de nos Congrès les mieux organisés. La critique qu'on peut faire est qu'un des rapports n'a été distribué qu'à l'ouverture du Congrès, et que, pour les communications particulières, l'ordre du jour imprimé a été souvent modifié en cours de séance; mais ceux qui ont passé par les fonctions de secrétaire général d'un congrès savent qu'on n'est souvent pas maître de faire autrement. Comme je l'ai dit au début de cette chronique, nous avons été accueillis à Pau d'une manière charmante. J'ajouterai que M. Girma avait obtenu des hôtels de Pau et des Eaux-Bonnes, en faveur des membres du Congrès, de grosses réductions de prix. Je ne reviendrai pas sur l'affabilité de M. et M^{me} Girma, et M. Brisand était un président charmant. M. Meige avait officieusement prêté son concours pour une partie de l'organisation et une mention particulière doit être faite de ceux qui ont secondé M. Girma pour les détails matériels d'organisation. M. Lescaméla, économe de l'asile, a pris une part active à l'organisation des excursions, et M. Cabiran, secrétaire de direction, était en permanence aux séances pour fournir tous les renseignements utiles et recevoir les inscriptions aux

réceptions et aux excursions. Grâce au concours de M. le D^r Tissié, le journal *l'Indépendant* rendait compte chaque jour des séances du Congrès. C'était un plaisir de voir la bonne harmonie qui régnait partout, et l'on peut dire que c'est autant à l'éloge de M. Girma que de ses collaborateurs. On a pu voir, par la rapide analyse qui en a été faite, la somme de travaux apportés au Congrès, et, du commencement à la fin, les séances ont été pleines d'intérêt. Il est rare de rencontrer dans un congrès autant d'homogénéité.

Et maintenant il faut déjà songer au prochain Congrès.

Les questions à l'ordre du jour sont :

De l'hypocondrie ; rapporteur : M. Roy. — Les névrites ascendantes ; rapporteur : M. Sicard. — Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales, rapporteur : M. Pailhas.

Nos congrès réunissent l'utile à l'agréable, et, comme je l'ai déjà dit dans de précédentes chroniques, ceux qui s'abstiennent volontairement ont tort. Rendez-vous est pris au 1^{er} août 1905 à Rennes.

A. GIRAUD.

Pathologie.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA

SIGNIFICATION CLINIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr MEEUS

Médecin de la colonie de Gheel.

La tyrannie des mots est souvent formidable, et, en science surtout, il serait toujours nécessaire de bien définir d'abord l'objet et puis de le nommer. Faute d'une précision exacte dans la compréhension même du terme, la paranoïa a fait couler des flots d'encre; mais les controverses qu'elle a provoquées, seront bientôt dépassées par celles suscitées sous les dénominations de *démence précoce* et de *catatonie*.

Avant tout, tâchons de préciser le sens *actuel* de ces deux dénominations.

Démence précoce au sens *littéral* du mot signifie :

1° Une *démence juvénile*, c'est-à-dire une *démence* qui se développe précocement par rapport à l'âge du malade ;

2° Ou bien, toujours au sens *littéral* du mot, une *démence rapide*, c'est-à-dire une *démence* qui survient précocement par rapport à l'évolution, à la durée de la maladie.

Dans la majorité des cas, ces deux sens ne s'excluent point, mais sont vrais et se complètent mutuellement : la démence précoce est le plus souvent une démence juvénile, bien qu'elle s'observe aussi au delà de trente ans, et c'est aussi le plus souvent, si pas toujours, une démence qui survient *rapidement*.

Mais ces deux significations, dont l'une se rapporte à l'étiologie, l'autre à la marche de l'affection, ne nous font pas connaître la nature clinico-pathologique de la démence précoce : *celle-ci*, d'après les auteurs les plus récents, *présente un type clinique spécial, des symptômes propres, à l'égal de la folie paralytique*.

Et quelle est la caractéristique clinique de cette nouvelle conception morbide? Nous y reviendrons plus loin : disons pour le moment qu'en général le *syndrome catatonique* y intervient pour une large part.

Kahlbaum (1) le premier a parlé d'une *catatonie* (Spannungsirresein), et, dans l'esprit de cet auteur, la catatonie est une maladie *sui generis* au même titre que la paralysie générale. Elle se caractériserait par des symptômes moteurs particuliers et variables, par des contractures épilepti ou choréiformes, toniques ou cloniques, par des phénomènes de flexibilité cataleptique plus ou moins développée, ou par une résistance involontaire ou très forte aux mouvements passifs (négativisme), et enfin par des mouvements singuliers et monotones, ou par des actes sans but, ou par des attitudes en demi-contraction (attitudes et mouvements stéréotypés). Ce qui rend cette affection, type Kahlbaum, encore plus spéciieuse, c'est un cycle concomitant d'états émotionnels qui se succéderaient dans l'ordre suivant : mélancolie, manie, stupeur, agitation

(1) *Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten*, von Dr Karl Kahlbaum. Berlin, 1874.

incohérente (Verwirrtheit), et enfin démence finale ou guérison : un ou plus d'un chaînon peuvent d'ailleurs manquer dans ce cycle classique.

Ce n'est pas le moment de refaire toute l'histoire de la catatonie : je renvoie au rapport très documenté de mon distingué confrère et ami, M. le Dr Claus (1). Il suffira de constater ici que depuis la première description de Kahlbaum, la catatonie a été très diversement appréciée et expliquée. La conception de Kahlbaum a subi depuis de nombreux accrocs, d'autant plus que dans les travaux ultérieurs on tient de moins en moins compte des changements dans l'état émotionnel : mélancolie, manie, Verwirrtheit, pour s'attacher principalement et même uniquement aux symptômes *psychomoteurs*.

Faisant donc abstraction du cycle d'états émotionnels, nous dirons que le syndrome *catatonique* est constitué par des symptômes psycho-moteurs, dont les plus saillants sont d'un côté le *négativisme* sous ses diverses formes : refus de manger, de parler, etc., et de l'autre *les mouvements incohérents et sans but, les stéréotypies, l'écholalie, les impulsions*, et, dans les cas aigus surtout, les phénomènes *cataleptiques*.

Après avoir esquissé ainsi dans ses grandes lignes le sens actuel de ces deux mots *démence précoce* et *catatonie*, et pour la compréhension intégrale même des différentes théories que nous passerons en revue plus loin, il nous faut revenir sur nos pas, et faire en quelques mots l'historique de la démence précoce.

Depuis longtemps on a observé (Esquirol, Morel) que des individus *jeunes* tombent dans une démence irrémédiable : Morel emploie même incidemment le

(1) *Catatonie et stupeur*, rapport présenté par le Dr Claus au congrès des aliénistes et neurologistes, session de Bruxelles, 1903.

mot de *démence précoce* (1). Kahlbaum (2) aussi fixa l'attention de ses compatriotes sur une affection spéciale *au jeune âge*, qui se termine *rapidement* par la *démence* et qu'il désigna le premier, comme type morbide distinct, sous le nom d'*hébéphrénie*.

Jusqu'ici la maladie n'est guère caractérisée que par l'*âge* du début et la *marche* de l'affection : la *démence précoce* ou l'*hébéphrénie* est une *démence juvénile et rapide*. Cette conception, relativement simple, fut généralement acceptée.

Elle a inspiré le travail clinique du D^r Christian (3), elle a persisté dans l'adoption d'une *démence précoce*, forme simple dont nous parlerons plus loin, et hante encore l'esprit de beaucoup de médecins.

A côté de cette conception plutôt simple de la *démence précoce* ou *hébéphrénie*, nous trouvons chez Hecker une conception plus *clinique* de l'*hébéphrénie*. D'après cet auteur, « *l'hébéphrénie se distingue de toutes*
« *les autres variétés de folie qui peuvent survenir dans*
« *l'adolescence, par une marche toute particulière et*
« *une série de symptômes spéciaux. Après un stade de*
« *mélancolie plus ou moins prononcée se déclare une*
« *excitation maniaque plus ou moins intense, après quoi*
« *se développe invariablement un affaiblissement mental*
« *dont les caractères spéciaux se laissent reconnaître*
« *dès le début de la maladie* » (4).

Cette conception surtout *clinique* d'une forme de folie spéciale au jeune âge n'a pas attiré suffisamment l'attention des savants : elle n'a reçu sa consécration défi-

(1) *Traité des maladies mentales*, par B.-A. Morel, p. 566. Paris, Masson, 1860.

(2) *Gruppierung der psychischen Krankheiten*, 1863.

(3) *Annales médico-psychologiques*, année 1899, VIII^e série, t. IX.

(4) Die Hebephrenie, *Arch. f. Path. Anat. und Phys.*, 1871, B. 52.

nitive que dans les derniers temps, grâce aux travaux de l'école d'Heidelberg, de Kraepelin et surtout d'Asschaffenburg.

Kraepelin écrit : « *qu'il réunit provisoirement sous le nom de démence précoce une suite de formes nosologiques qui ont la propriété commune de se terminer dans une débilité mentale à caractères particuliers* ». Il y distingue une forme *hébéphrénique*, une forme *catatonique* et une forme *paranoïde* (1).

Je ne puis entrer ici dans une étude détaillée de chacune de ces trois formes : je renvoie au traité de Kraepelin lui-même. Je me permettrai quelques considérations générales concernant cette triple conception de Kraepelin.

1° Kraepelin, tout en les rangeant sous le même vocable, maintient une distinction entre la forme *hébéphrénique* et la forme *catatonique*. Ces deux formes, d'après la description de Kraepelin, se ressemblent et par l'âge, et par les symptômes du début et par les manifestations motrices qui sont de nature catatonique chez l'une comme chez l'autre. Elles se distinguent en ce que la forme *hébéphrénique* ne s'accompagne d'aucune altération dans l'état émotionnel, tandis que la forme *catatonique* s'accompagne soit d'un état de *stupéur*, soit d'un état d'*excitation*. Ce fonds émotionnel dans la forme catatonique de la démence précoce rappelle dans l'esprit le cycle d'états émotionnels décrits et exigés dans la catatonie classique de Kahlbaum, et Kraepelin reste ainsi fidèle à certaines traditions de l'école allemande.

Mais cette distinction nous semble très spacieuse et nous dirons plus loin pourquoi nous fusionnons absolument ces deux formes de Kraepelin.

(1) Psychiatrie, Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1899.

2° Telle quelle, la définition donnée par Kraepelin à la démence précoce nous paraît trop large. Ne tenant compte que de cette définition, on pourrait parler non seulement d'une forme hébéphrénique, d'une forme catatonique et d'une forme paranoïde de démence précoce, mais encore, par exemple, d'une démence précoce, forme épileptique. L'épilepsie, en effet, peut conduire précocement à l'affaiblissement intellectuel, et cet affaiblissement est aussi une démence de nature spéciale et caractéristique. Allant plus loin dans cette voie, on aboutirait à cette conclusion que beaucoup d'affections mentales incurables sont des démences précoces, puisqu'elles ont toutes des caractères plus ou moins particuliers. Et alors, au lieu de démence précoce, on parlerait avec infiniment plus de raison de *démences vésaniques*.

3° Enfin, remarquons encore l'hésitation et la prudente réserve de Kraepelin : nous réunissons, écrit-il, *provisoirement* (vorläufig), sous le nom de démence précoce....., etc. Ce « provisoirement » ne porte apparemment ni sur le type hébéphrénique, ni sur le type catatonique. En parlant de la forme paranoïde, Kraepelin lui-même dit : « On range ordinairement les formes paranoïdes parmi les délires (Verrücktheit); mais, à cause de leur terminaison rapide dans la démence, *elles me paraissent se trouver plus près de la démence précoce.* »

Que le type paranoïde décrit par Kraepelin existe en réalité, on ne saurait le contester. Qu'on rencontre chez le dément paranoïde la même incohérence de langage que chez l'hébéphréno-catatonique, je l'ai noté dans un article précédent (1), et je l'ai vu confirmé par une intéressante observation de M. Claus (2). Mais peut-on

(1) De la démence précoce, par le Dr Fr. Meeus, in *Journal de Neurologie*, année 1902, n° 22.

(2) *Catatonie et Stupeur*, par le Dr Claus, p. 75.

classifier sous le même vocable, et côte à côte, le type psycho-sensoriel du paranoïde et le type psycho-moteur de l'hébéphréno-catatonique? Personnellement, je n'ai pu encore me résoudre à accepter un tel voisinage.

En langue française, les idées de Kraepelin ont été répandues et défendues par MM. Sérieux (1), Deny et Roy (2), Masoin P. (3), etc. Ces auteurs, à part une restriction de M. Sérieux quant à la classification du délire chronique de Magnan parmi la démence précoce, acceptent les trois formes et la signification que leur a donnée Kraepelin. Les critiques émises tantôt leur sont donc aussi applicables. En plus, ces auteurs, à l'exemple de M. le Dr Christian, admettent une forme *simple* de démence précoce, une espèce d'imbécillité acquise.

On rencontre en réalité des individus qui, encore jeunes, sont tombés rapidement dans une démence simple les rapprochant étonnamment des imbéciles. J'ai ainsi dans mon service une jeune femme qui, à la suite d'un délire hallucinatoire aigu, est tombée rapidement dans un affaiblissement mental simulant à s'y méprendre l'imbécillité. Mais, laissant là l'existence incontestable de ce type, peut-on le rapprocher du type hébéphréno-catatonique de la démence précoce? Au sens *littéral* du mot démence précoce, il n'y aurait aucune difficulté à ranger côte à côte la démence *simple* et la démence hébéphréno-catatonique; bien plus, la démence juvénile simple répond absolument à la

(1) Diverses publications, à voir surtout un article intitulé : « La démence précoce », paru dans la *Revue de Psychiatrie*, juin 1902.

(2) *Démence précoce*, par les Drs Deny et Roy, Paris, Doin, 1902.

(3) Mon excellent collègue de la Colonie, M. le Dr Masoin Paul, s'est surtout appliqué à élucider la signification des symptômes moteurs. V. *Journal de Neurologie*, Bruxelles, février 1902. *Bulletin de la Soc. de médecine mentale de Belgique*, décembre 1902, et son rapport au Congrès annuel des aliénistes et neurologistes, session de Bruxelles, 1903

dénomination de démence précoce. Mais au point de vue *clinique*, que de différences entre la forme simple et la forme hébéphréno-catatonique !

Éliminant ainsi, d'après les données *cliniques*, la forme paranoïde de Kraepelin et la forme simple des auteurs français, nous nous trouvons encore devant deux types : *le type hébéphrénique* et *le type catatonique*, deux types qui forment la majorité des cas décrits sous le nom de démence précoce. Comme nous l'avons vu plus haut, Kraepelin maintient entre les deux une distinction fondée surtout *sur la présence ou non d'un fonds émotionnel*, dernier vestige du cycle d'états émotionnels exigés par Kalhbaum. Mais à Heidelberg même, le D^r Asschaffenburg (1) a défendu, dans une critique serrée, l'identité complète de la forme hébéphrénique et de la forme catatonique. Pour cet auteur, la démence précoce se constitue de la fusion complète de ces deux types : « C'est une affection qui se développe
« généralement dans le jeune âge, et conduit à travers
« toutes sortes de circonstances, ou bien immédia-
« tement, ou bien après des rémissions plus ou moins
« sensibles, à un état caractéristique et tout à fait
« spécial d'affaiblissement intellectuel définitif. »

A cette même conclusion m'ont conduit aussi mes études personnelles, poursuivies sur une cinquantaine de cas de démence précoce (2). Entre les types franchement hébéphréniques et les types franchement catatoniques de Kraepelin, on rencontre, comme transition des uns aux autres, des types intermédiaires. Dans une série de déments précoces, on peut aller ainsi, de l'es-

(1) Asschaffenburg, Die Katatoniefrage. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1898, 57 B., p. 1004.

(2) De la démence précoce chez les jeunes gens, par le D^r Fr. Meeus, in *Bul. de la Société de Médecine mentale de Belgique*, 1902, numéros de mars-juin-sept., et De la démence précoce, in *Journal de Neurologie*, 1902, n° 22.

prit d'opposition et du léger négativisme qui caractérisent l'hébéphrénique, à la concentration, et de la concentration aux diverses variétés de stupeur qui caractérisent la forme catatonique *stuporeuse* ; de même, on peut aller de l'hébéphrénique avec impulsions faciles et léger besoin de mouvements aux formes de plus en plus remuantes, jusqu'à aboutir à la forme catatonique *excitée*.

Si, dans une série de malades, on peut observer les degrés intermédiaires entre les formes sans fonds émotionnel ou purement hébéphréniques et les formes catatoniques, soit stuporeuses, soit excitées, la même sériation peut s'observer dans l'existence d'un même malade. Chez beaucoup de déments précoces, il y a des oscillations continuelles, des hauts et des bas. Voici la relation de deux cas que j'observe en ce moment, et qui montrent nettement le passage chez le même malade de la forme hébéphrénique à la forme catatonique.

OBSERVATION I. — C..., Arnold, né en 1879, devenu aliéné sans causes apparentes en 1894, et envoyé quelques semaines après à Gheel. Après la disparition d'hallucinations visuelles assez vagues, le malade tombe rapidement dans la démence.

Depuis lors, c'était comme un imbécile, mais un imbécile à conduite baroque, d'humeur très capricieuse, obstiné, porté à l'opposition, refusant sans raison, mais passagèrement, de manger, de se lever, de s'habiller, etc. ; soliloque et présentant de temps à autre des accès de rire ou des accès de fureur non motivés. En dehors de cette irritabilité négative et impulsive, il avait l'extérieur d'un calme ordinaire et s'occupait assez activement des travaux des champs.

Dans le courant de 1902, survint une modification progressive dans l'état du malade : il devint rêveur, distrait, concentré en lui-même, aimant la solitude et délaissant le travail. Ayant reçu un chapelet, il devint très dévôt, assistait tous les jours à la messe et se présentait souvent au confessionnal. Cet état de concentration s'accroissait constamment, lorsque, la veille de Noël 1902, le malade est revenu du confessionnal plus

taciturne encore que d'habitude. Il s'est mis au coin du feu, y est resté quelques instants, puis s'est levé et d'un bond s'est jeté dans la baratte à battre le beurre. On l'en a fait sortir, on l'a conduit à sa chambre : il semblait avoir peur, et parlait de flammes.

A ma première visite, il est assis dans son lit, à la façon des tailleurs, me regarde fixement, mais ne veut rien répondre et ferme même très ostensiblement et très fortement la bouche ; il oppose une résistance invincible à tout mouvement. Pouls à 90 ; yeux brillants, pupilles très dilatées ; peau sèche et rugueuse ; pas de fièvre.

Quelques jours après, je le trouve couché dans son lit. Toute la musculature est raide et les membres sont en état de flexion forcée : les genoux sont ramenés contre le menton, les bras ramenés au devant de la poitrine, et les doigts fortement infléchis dans les mains. On peut retourner le malade dans son lit tout d'une pièce, comme un individu tétanisé. Après beaucoup d'efforts, je parviens à déplacer un bras et celui-ci se maintient dans la position que je lui donne. Le malade regarde fixement devant lui. Les pupilles sont énormes ; le pouls à 90 ; pas de fièvre. Peau sèche ; dermatographe très net.

Gâteux complet, doit être nourri à la cuiller. Ne veut rien me répondre ; a parlé le matin à un voisin qui est venu le voir. A cassé les carreaux de sa fenêtre et lacéré les rideaux. Il imite les bruits qu'il entend dans le silence de la nuit, tantôt le cri du coq, tantôt le sifflet du chemin de fer.

Cet état de stupeur a persisté pendant tout le mois de janvier 1903. En février le malade est sorti de son lit, et depuis lors son état reste à peu près stationnaire. C'est un malade qu'il faut traiter comme un enfant : gâteux nuit et jour, il doit être nourri à la cuiller, habillé et lavé par la nourricière. Ne répond pas aux questions, parfois lève la tête quand on l'interroge et exceptionnellement dit un bonjour. Refuse parfois de manger. Toute trace d'hallucination et de terreur semble avoir disparu. Le malade est devenu un automate ; il reste là où on le place, soit assis, soit debout ; les membres aussi gardent individuellement la position qu'on leur donne. Toute la musculature est raide et les doigts sont comme ankylosés ; les extrémités sont froides. Pouls à 80 ; pupilles toujours un peu dilatées.

sions dans l'enfance; devenu aliéné à l'âge de seize ans et sans raisons connues. Arrive à la colonie en 1901 et est classé sous diagnostic d'*imbécillité*.

Placé d'abord dans la section de mon collègue, M. le D^r Maoin, se distingue par son *indocilité* et son esprit de *vagabondage*. Quelques mois après, est placé dans ma section. C'est un jeune homme pâle, désœuvré, indifférent aux égards de sa famille adoptive. Calme, est assis ordinairement au coin du feu et tient la tête baissée; répond assez volontiers, mais par quelques mots seulement accompagnés de rires niais. Ne se tient jamais absolument tranquille: frotte les mains ou déplace les doigts de façon fort discrète. — Pupilles rétrécies; réflexes patellaires normaux.

Son maintien calme est entrecoupé d'accès de rires non motivés, de soliloque, et parfois d'une promenade ininterrompue de deux, trois heures, entre la porte de sa chambre et la porte de la cuisine (distance 6 à 7 mètres). Un jour, sans raison connue, a saisi brusquement la nourricière qui a dû s'enfuir pour échapper à ses coups. — A la suite de cette agression, est déplacé dans la section de M. Masoin (été 1902). — Revient dans ma section au mois de juin 1903.

Le malade a bien changé. Il se livre à une série de mouvements et de gesticulations stériles qui, dans leur ensemble, sont stéréotypés. Il est assis ou debout, appuyé contre le mur. Il commence par se courber en avant; par cette inclinaison de la tête, sa casquette tombe, mais celle-ci est rattrapée par les deux mains que le malade tend machinalement. La casquette tombe invariablement de la même façon sur le plat des deux mains tendues, puis est replacée sur la tête. Ensuite il fait le geste d'enlever sa cravate toujours dénouée, mais ne l'enlève pas en réalité; puis fait le geste de déboutonner son veston toujours ouvert. Enfin, il fait le geste de renouer sa cravate et de fermer son veston. Quand il est assis, il termine cette série de gesticulations par un coup sec donné par chaque main sur le genou correspondant. Ces mouvements s'exécutent rapidement, toujours dans le même ordre, et toute la journée durant *avec des accès de rire et de soliloque*.

Cette *agitation nerveuse incessante*, qui est réellement pénible à voir, ne semble pas fatiguer le malade. Un jour, a présenté des contractures bizarres qui agitaient tous ses membres et qui avaient, nie disait la nourricière, beaucoup de ressemblance avec un accès épileptique. Parfois aussi se livre à des contor-

sions variées, à des simulacres d'exercices gymnastiques où il montre une grande agilité.

Voilà donc deux malades dont l'aspect a bien changé depuis un an. Ce passage de la forme calme ou hébéphrénique à la forme soit stupide, soit excitée, de la catatonie, m'amène à étudier en quelques lignes les deux aspects cliniques de la démence précoce, forme catatonique de Kraepelin.

Comme on sait, la démence précoce, forme catatonique de Kraepelin, comprend : 1° *une variété stuporeuse*; 2° *une variété excitée*.

La forme excitée n'a peut-être pas attiré suffisamment l'attention des auteurs de langue française : dans le titre de l'étude proposée à M. Claus : *Stupeur et catatonie*, il n'en est même pas question. A première vue, et surtout pour ceux qui considèrent la mélancolie et la manie au point de vue psychologique seul, la réunion aussi familiale d'une variété stuporeuse et d'une variété excitée de démence précoce peut paraître étrange. Pourtant, la même chose existe dans cet autre type clinique d'aliénation mentale, *dans la folie paralytique*, qui peut ne pas s'accompagner d'éléments émotionnels ou bien, au contraire, s'accompagner d'excitation ou de dépression. Le fond maladif reste le même partout : il n'y a que la teinte qui varie individuellement.

Il en est de même de la démence précoce : nous venons de démontrer la filiation qui existe entre la forme hébéphrénique et la forme catatonique. Une même filiation existe entre les deux variétés de la forme catatonique elle-même ; on peut, par des degrés intermédiaires, aller de la variété stuporeuse à la variété excitée, et inversement.

La catatonie se constitue essentiellement par des symptômes d'opposition ou de *négativisme* d'une part, et d'autre part par des symptômes *moteurs* dont l'ori-

gine n'est pas encore élucidée, mais qui semble partir d'une tension purement nerveuse, d'un besoin d'extériorisation plus ou moins accentué.

Dans la variété catatonique *stuporeuse*, c'est le négativisme qui domine la scène, le besoin d'extériorisation ne se caractérisant guère que par un léger balancement du corps, un déplacement continu des doigts, un maintien forcé, ou par des accès intermittents et rares de pleurs, de rires, de fureur, etc. Dans la forme *excitée*, au contraire, c'est le besoin d'extériorisation qui domine et qui se manifeste par des mouvements baroques, un déplacement incessant, des violences répétées, des mouvements en manège, etc., etc. Eh bien, ici encore, dans une série de malades, on peut passer des formes les plus agitées, c'est-à-dire où l'extériorisation est le plus forte, à ceux qui le sont moyennement, et de ceux-ci à d'autres qui sont quasi immobiles, aux stuporeux, où l'extériorisation est réduite à un minimum. Inversement, on peut remonter des malades stuporeux figés en des positions cataleptiques aux malades stupides, présentant déjà quelques mouvements singuliers et sans but, et de ceux-ci à des malades où le besoin de mouvement devient de plus en plus fort, jusqu'à aboutir à la forme *excitée*.

Encore une fois, cette même gradation qu'on observe dans une *série* de malades peut s'observer dans l'existence d'un *même* malade catatonique ; car, bien plus que chez les hébéphréniques, on peut observer chez les catatoniques des oscillations dans l'état émotionnel, des hauts et des bas, des états de dépression alternant avec des états d'excitation. En voici deux exemples :

Obs. III. — P..., Anne, a présenté pendant huit ans l'image d'une catatonique excitée. Elle était obstinée, *muette*, violente, déchirant ses habits, chantant la nuit. Pendant tout le long du jour, elle dansait d'un mouvement harmonieux, suivant régu-

lièrement un petit chemin long d'une vingtaine de mètres. Depuis quatre, cinq ans, cet état d'agitation est tombé; c'est devenue une malade *stupide, assise sur une chaise*. Elle est obstinée, a l'esprit contraire; ne répond jamais aux questions, parfois, fixe l'interlocuteur avec un air de dédain. Se met toujours dans la même position et dans le même coin; balance le tronc d'un mouvement très discret; parfois accès de fureur fugace.

OBS. IV. — Sp..., Victoire. Démence précoce catatonique, présentant alternativement des périodes d'accalmie et d'excitation. Depuis le mois de juillet 1903, son état général ordinaire s'est troublé, et elle-même a maigri beaucoup. Les oscillations dans l'état émotionnel se sont très accentuées et se suivent à des intervalles rapprochés.

Pendant les jours de calme, la malade est assise, indifférente, toujours muette, balançant doucement la tête ou frottant avec la main sur le ventre; en ces moments de calme, elle présente parfois un certain degré de *flexibilitas cerea*. Le jour suivant, la scène a complètement changé. La malade se promène des heures et des heures *en cercle*, en plein jardin, ou à l'intérieur, autour de la table, et parle en elle-même ou fredonne un air plutôt triste. La nuit, elle ne dort presque pas, crie, se met debout dans son lit, maltraite les meubles. Pendant ces jours d'excitation, elle est très agressive, blasphème, injurie la nourricière, et demande une surveillance active, qui est d'ailleurs facilement assurée, vu qu'il n'y a pas d'enfants. A remarquer que, dans l'une et l'autre période, elle refuse également de répondre quoi que ce soit aux questions répétées qu'on lui fait.

En résumé donc, *lorsqu'on examine une série de malades hébéphréniques et catatoniques, et lorsqu'on poursuit attentivement les oscillations individuelles de nombreux cas, on peut aller progressivement, par des degrés intermédiaires, des cas sans fonds émotionnel ou hébéphréniques, aux deux variétés de la forme catatonique*, et, dans la forme catatonique elle-même, des cas de stupeur aux cas d'excitation. Réduits à un minimum chez l'hébéphrénique, le négativisme et les symptômes moteurs augmentent progressivement, et forment bien-

tôt deux branches principales : chez l'une, la *stuporeuse*, domine le négativisme, chez l'autre, l'*excitée*, domine le besoin d'extériorisation. On pourrait dire aussi que la forme hébéphrénique et la forme catatonique de Kraepelin sont l'une la manifestation légère, l'autre la manifestation grave d'une *même* maladie.

A cette conception fondamentale unique, faut-il conserver le nom de démence précoce, ou ne vaudrait-il pas mieux chercher un autre terme plus précis qui la délimite de la démence précoce simple et de la démence précoce paranoïde? Quant à moi, — et je renouvelle ici le vœu exprimé dans mon article du *Journal de Neurologie*, novembre 1902, — je préférerais un terme qui rendît plus adéquatement l'aspect général de la maladie, par exemple le terme de démence hébéphréno-catatonique, rappelant dans un seul titre, outre l'évolution historique de la question, ce qu'il y a de spécial et dans l'âge ordinaire du début et dans les symptômes.

Médecine légale

TESTAMENT

D'UN SIMPLE D'ESPRIT

Par le D^r CHATELAIN

Ancien médecin en chef de la maison de santé
de Préfargier.

Le 6 septembre 1901 mourait à Fleurier, canton de Neuchâtel, Louis C..., âgé de cinquante-trois ans, rentier, célibataire, laissant trois testaments.

Le premier en date du 23 août 1900, écrit en entier de la main du défunt, disait :

Ceci est mon testament.

Je soussigné, Louis-Jules C..., domicilié à Fleurier, déclare faire mon testament comme suit :

Je fais les legs ci après :

1° A l'asile des Bayards, deux cents francs. Fr. .	200
2° A la Société de couture de l'église nationale des Bayards, trois cents francs.	300
3° A l'hôpital du Val de Travers à Couvet, deux cents francs	200
4° A la Société de couture de l'église nationale de Fleurier, cent francs.	100
5° A l'œuvre des missions de Bâle, cinquante francs.	50
6° Aux soupes économiques du village de Fleurier, deux cents francs.	200
7° A la Société du dispensaire de Fleurier, cent fr.	100
8° A l'hôpital de Fleurier, 200 francs.	200

9° Aux enfants de M. Emile D..., avocat à Fleurier, sept mille francs.	7.000
10° A M ^{me} Rosine R...; notre domestique, cinq mille francs	5.000

En cas de décès de M^{me} R..., le legs ci-dessus reviendrait à ses enfants.

Ce qui pourra rester de ma fortune après le paiement des legs ci-dessus deviendra la propriété de la commune de Fleurier, qui sera ainsi mon héritière, à la condition qu'elle emploie ma fortune à l'établissement d'une crèche destinée aux enfants d'ouvriers, comme celle qui existe à la Chaux-de-Fonds. Cette crèche sera établie dès que le capital augmenté des intérêts sera suffisant pour mener à bien cette œuvre.

Dans le cas où je viendrais à décéder avant ma mère, celle-ci aura l'usufruit de tous mes biens jusqu'à sa mort.

Je désire que l'État de Neuchâtel renonce à réclamer les droits de succession pour les legs faits par moi à des œuvres de bienfaisance, ainsi qu'à la commune de Fleurier, comme héritière pour l'établissement d'une crèche.

Ainsi fait et signé de ma main, à Fleurier, le vingt-trois août mil neuf cents, 23 août 1900.

LOUIS-JULES C...

Le second testament, du 27 avril 1901, olographe comme le précédent, en maintient les legs avec quelques variantes, mais n'institue plus la commune de Fleurier comme héritière pour la fondation d'une crèche, œuvre à laquelle, cette fois, le testateur se borne à léguer cinq cents francs; puis il dit :

Dans le cas où je viendrais à mourir avant ma mère, celle-ci aura l'usufruit de tous mes biens jusqu'à son décès.

Je désire que l'État de Neuchâtel renonce à réclamer les droits de succession pour les legs faits par moi à des œuvres de bienfaisance.

Ainsi fait et signé de ma main, le vingt-sept avril mil neuf cent un, 27 avril 1901. LOUIS-JULES C...

J'annule le testament fait le 23 août 1900.

Le troisième testament, en date du 5 septembre 1901,

veille de la mort de Louis C..., est nuncupatif et rédigé comme suit :

Nous soussignés, tous domiciliés à Fleurier, déclarons avoir été appelés au domicile de Louis-Jules C..., que nous avons trouvé très gravement malade, mais sain d'esprit.

M. C... nous a déclaré qu'il instituait pour son héritière sa mère, M^{me} Marie-Louise C..., et qu'il maintenait la donation intitulée : « Testament du 27 avril 1901 ». Ainsi fait et signé au domicile du testateur, mais hors sa présence, à Fleurier, le 5 septembre 1901, à dix heures du matin.

Ont signé, etc. (Cinq noms).

Louis C... vivait avec sa mère, veuve depuis plusieurs années. Sa fortune lui venait de son père, de sorte que s'il était mort sans avoir fait acte de dernières volontés celle-ci revenait de droit non à sa mère, mais à une nièce fille d'un frère défunt. De même si son testament était déclaré nul, c'est cette nièce qui devenait son unique héritière. Cette nièce donc attaqua le testament, prétendant que son oncle était faible d'esprit, civilement incapable, qu'il avait dû être pourvu d'un curateur à cause de ses prodigalités, qu'il était alcoolisé et qu'enfin la morphine et les autres poisons dont il avait fait usage au cours de sa dernière maladie avaient altéré son intelligence. La demanderesse demanda par conséquent une expertise sur l'état mental du défunt ; le tribunal fit droit à cette demande et chargea de cette expertise le soussigné qui, après enquête, déposa le rapport suivant.

Rapport sur l'état mental de feu Louis C...

Le soussigné, docteur en médecine, a été chargé en date du 25 septembre 1902 par M. le président du tribunal du Val de Travers de « déterminer l'état physique et « mental de feu Louis Jules C... décédé à Fleurier le « 6 septembre 1901, lui donnant spécialement pour « mission de déterminer son état mental au point de « vue de la capacité de tester, en tenant compte de sa

« vie entière, des maladies dont il a souffert, ainsi que
« des infirmités ou défauts dont il a pu être atteint. »

Le soussigné a pris connaissance du dossier du procès pendant entre les héritiers du défunt, et entendu diverses personnes, les unes figurant déjà au procès, les autres lui étant étrangères. Il a, en outre, examiné diverses lettres de Louis C..., les originaux de ses deux premiers testaments et enfin les ordonnances des médecins qui l'ont soigné dans sa dernière maladie.

Lorsqu'il s'agit de déterminer l'état mental d'un mort dont la capacité de tester est contestée, il est nécessaire d'établir :

- 1° Son état mental en général ;
- 2° Son état mental au moment même où il a fait acte de dernières volontés ;
- 3° Ces dernières volontés elles-mêmes dans leur fond et dans leur forme.

C'est ce que nous allons faire.

1° *État mental de Louis C... en général :*

Le défunt est né en 1848. Son père est mort d'une maladie de cœur. Sa mère vit encore. Il a eu deux frères, l'un mort en très bas âge, l'autre il y a quatre ans, d'alcoolisme. M^{me} C... ne connaît pas de cas d'aliénation ou d'affections nerveuses dans les deux familles. Louis C... n'a, sauf celle qui l'a emporté, jamais fait de maladie grave. Au dire de sa mère, il ne manquait nullement d'intelligence, « mais avait un peu de peine à apprendre ». A l'âge de quatorze ans environ, ses parents le mirent en pension à l'institution R..., à Neuchâtel, où il n'a pas laissé le souvenir d'un individu anormal ; il était, nous dit-on, « du gros tas » comme intelligence ; c'était un enfant gâté. Plus tard C... fit un apprentissage de gainier-rélieur. A l'âge militaire il est réformé pour défaut de taille, mais en 1888 est

incorporé dans le « landsturm », compagnie de pionniers du bataillon XIX.

Le défunt, nature indolente, paresseuse même, ne paraît pas s'être jamais occupé d'une façon sérieuse et vivait avec sa mère en mangeant ses petites rentes. Il était au dire unanime des témoins — le soussigné ne l'a pas connu — un homme bienveillant, bon, modeste, aimant à rendre service, s'intéressant aux œuvres de bienfaisance et d'utilité publique. S'il n'aimait pas les tâches qui donnent trop de peine, il se livrait, en revanche, volontiers à de petits travaux faciles, faisait des commissions, copiait de la musique, des règlements de fabriques, des prix courants, à titre gracieux, pour obliger des amis. Huissier de la Société de musique, il écrivait et portait à domicile les cartes de convocations, et dans les sorties de la société portait les cahiers. Ayant du temps à perdre, C... était volontiers babillard, s'attardait dans les conversations et recherchait la société des enfants avec lesquels il aimait à jouer et à causer. Resté célibataire, il pensait cependant que le beau sexe a droit à des attentions et faisait volontiers des cadeaux à des demoiselles : colifichets, parfums, etc.

A une époque qui n'est pas déterminée C... commence à boire, et se livre à ce funeste penchant jusqu'aux derniers mois de sa vie ; mais — nous affirme sa mère — il n'a jamais présenté de symptômes d'alcoolisme aigu : crises nerveuses, délirium tremens ou autre. D'une nature généreuse, toujours de bonne humeur, il payait aussi volontiers à boire aux autres, des chopes, des verres de vin, un peu au premier venu, par ci, par là, même un souper. Ses dépenses de boisson, jointes à celles occasionnées par les cadeaux aux demoiselles sus mentionnées, prirent à un moment donné des proportions exagérées, si bien que le défunt lui-même, conscient de la situation et pour résister plus sûrement à

cet entraînement, demande à l'autorité tutélaire de lui nommer un curateur qu'il désigne en la personne de M. le notaire B..., à Fleurier. Ce curateur lui est nommé le 26 mai 1888.

En avril 1901, C... tombe malade de l'affection qui devait le conduire au tombeau, une cirrhose du foie. Nous y reviendrons plus loin en traitant notre question n° 2.

Et maintenant que nous connaissons le genre de vie du défunt, ses goûts et ses habitudes, voyons ce que disent les témoins de son état mental. Ils sont fort loin de s'entendre. Les uns affirment la simplicité d'esprit, d'autres la nient, et les expressions employées varient beaucoup. C... est appelé « un original bienveillant ; « faible de volonté ; un peu toqué ; un peu simple, mais « pas tout à fait incapable ; simple d'esprit n'est pas le « mot, original serait mieux dit ; C... n'était pas idiot, « mais simple d'esprit ». Il est encore question de : gamin, d'enfantillages.

De toutes ces opinions la plus grave est celle qui affirme que le défunt était simple d'esprit. Entre cette simplicité d'esprit et l'intégrité mentale affirmée par d'autres se placent les appréciations plus vagues que nous venons de mentionner. Il convient donc d'examiner si la simplicité d'esprit de C..., au cas où elle serait prouvée, rentrerait dans les états intellectuels pathologiques que le Code désigne comme rendant l'individu irresponsable ou le frappant d'incapacité.

Le Code civil dit que « le majeur qui est en état habituel de démence, de fureur ou d'imbécillité doit être interdit ». C... n'était ni furieux ni dément. Sa simplicité d'esprit le rangerait donc dans les états d'imbécillité qui est le terme scientifique des faiblesses intellectuelles assez accentuées pour rendre l'individu civilement incapable.

Etait-ce vraiment le cas de C...? Nous ne le pensons pas.

Le défunt — toute sa vie le prouve — n'était pas absolument normal. C'était un original, d'une intelligence très moyenne, en somme, avec de certains traits enfantins de caractère, et à ce titre là on peut parfaitement parler de simplicité d'esprit. Mais la simplicité d'esprit a des degrés infinis, depuis l'idiot ou l'imbécile complet jusqu'à l'individu qui n'est plus séparé de l'homme normal que par des nuances souvent fort difficiles à préciser.

La fixation de l'état mental d'une personne morte doit se baser essentiellement sur trois choses : A. ses propos dûment constatés ; B. ses écrits ; C. ses actes.

A. — Ses propos. Il n'est relevé à la charge de Louis C... aucun propos autorisant à dire qu'il ne jouissait pas de son bon sens.

B. — Ses écrits. Nous avons sous les yeux plusieurs lettres, de diverses dates, du défunt, qui soit dans le fond, soit dans la forme, n'indiquent rien d'anormal dans l'état mental de l'écrivain. Elles sont écrites très correctement et témoignent d'une entière présence d'esprit. Nous reviendrons plus bas sur les deux testaments olographes.

C. — Les seuls actes reprochés à C... sont des dépenses inutiles ou exagérées : chopes ou mêmes soupers payés à des connaissances, cadeaux à des demoiselles. C'était de trop évidemment ; mais C... a une certaine fortune et pas d'enfants ; généreux, il aime à faire plaisir. Puis il boit et préfère boire en société. Tout cela, en somme, n'est pas fort grave et ne permet pas de dire qu'il ne savait pas ce qu'il faisait. Il a d'ailleurs conscience de ses faiblesses et demande lui-même un curateur. Bien des gens parfaitement sains d'esprit le font ; des femmes seules, craignant de ne pas savoir gérer

utilement leurs intérêts, s'adressent dans ce but à l'autorité tutélaire.

Enfin notons que si l'autorité militaire, qui connaissait bien L..., l'avait jugé incapable, elle ne l'aurait pas incorporé, même dans le landsturm.

Nous estimons donc que rien dans les propos, les écrits ou les actes de C... n'autorise à dire qu'il fut un imbécile dans le sens que le Code donne à ce mot.

2° État mental de Louis C... au moment même où il a fait acte de dernières volontés :

Le défunt, malheureusement, abusait de l'alcool ; mais l'alcoolisme se traduit, suivant les individus, de façons bien différentes suivant que le poison s'attaque spécialement à tels ou tels organes. Chez les uns, c'est le cerveau qui souffre en première ligne ; chez d'autres, c'est le cœur, les reins, le foie, et chez C..., c'est ce dernier organe qui est surtout atteint, siège d'une dégénérescence qui s'appelle cirrhose et conduit à la mort par l'hydropisie. Le cerveau n'est donc pas fatalement atteint chez le buveur et beaucoup conservent leurs facultés absolument intactes jusqu'au dernier moment. C'est le cas de C... chez lequel, nous l'avons déjà relevé, on n'a jamais constaté de symptômes d'alcoolisme aigu, c'est-à-dire d'alcoolisme se manifestant dans le domaine de l'intelligence : accès de fureur, crises convulsives, délirium tremens, etc. Il meurt par le foie, son cerveau restant ce qu'il a toujours été, et si bien souvent les individus qui ne sont pas tout à fait normaux réagissent pathologiquement, supportent moins bien l'alcool que d'autres, cela ne paraît pas avoir été le cas chez lui, où nous ne voyons rien indiquant de l'alcoolisme cérébral. D'ailleurs lors de sa mort il avait, depuis plusieurs semaines, absolument cessé de boire.

Il a été parlé au cours du procès de l'influence que

la morphine ou d'autres poisons ont pu avoir sur l'état mental de C... Voyons ce qu'il en est.

Louis C... tombe malade en avril 1901. — La première ordonnance médicale est du 23 et jusqu'à sa fin il a pris en fait de substances pouvant affecter le cerveau : codéine : 0 gr. 66 ; cocaïne : 0 gr. 12 ; morphine : 2 gr. 66. Les deux premiers de ces médicaments sont en quantités si minimes qu'on peut les passer sous silence, la morphine seule méritant qu'on s'y arrête un instant. L'ordonnance où elle figure pour la première fois est du 18 juin ; jusqu'au 5 septembre, date du testament nuncupatif, elle a été répétée douze fois. Du 18 juin à cette date-là il y a soixante-dix-neuf jours, de sorte que le malade a avalé pendant cette période, une dose journalière moyenne de moins de 0 gr. 04. Or, c'est là une quantité beaucoup trop faible pour influencer les facultés mentales, même d'un homme simple d'esprit. Un malade qui souffre supporte beaucoup mieux la morphine que l'homme bien portant, et, dans nombre de cas, l'alcoolisé lui-même présente une tolérance remarquable pour les narcotiques. Nous notons, en outre, que le Dr Ronca, médecin traitant, n'a fait qu'une seule fois usage de morphine par voie externe, l'injection pratiquée lors de la ponction abdominale faite huit jours avant le décès, et qui n'a pu avoir aucune influence sur l'état mental du 5 septembre. Plus tard, le malade étant déjà trop faible, le docteur n'a pas osé renouveler la ponction et n'a plus eu, par conséquent, recours à de nouvelles piqûres de morphine. Nous ne croyons donc pas que les médicaments dont a fait très justement usage le défunt pour calmer ses souffrances, et spécialement la morphine, aient pu avoir une influence sur ses facultés mentales.

Enfin, on a parlé des grandes douleurs éprouvées par Louis C... comme ayant pu altérer son état mental. Il

est mort, avons-nous dit, de cirrhose du foie, maladie se traduisant entre autres par l'hydropisie, soit l'accumulation de liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané des extrémités inférieures et dans les cavités abdominale et thoracique, d'où malaises, oppression, suffocation, état des plus pénibles, sans doute, mais qui d'ordinaire laisse intactes les facultés intellectuelles. Dans de rares cas il peut, il est vrai, à la période ultime de la maladie, se produire des troubles cérébraux — délire dû à l'intoxication du sang par des éléments de la bile — mais aucun symptôme de ce genre n'a été observé chez Louis C... Le Dr Ronca déclare expressément qu'il était tout à fait lucide les derniers jours de sa vie et encore le matin même de sa mort, donc le lendemain du jour où a été fait le testament nuncupatif. Rien donc n'indique que les souffrances des derniers jours aient obscurci son entendement.

Et sur ce point, les témoins du dit testament sont unanimes à déclarer « qu'il était très gravement malade mais sain d'esprit ». Un seul, le premier entendu, fait la réserve que le malade ne s'exprimait que par monosyllabes, mais il n'en est pas pourtant moins catégorique que ses collègues, car il ajoute : « J'ajouterai que moi-même, avant de sortir de la chambre, j'ai demandé à Louis C... si c'était bien ce qu'il avait l'intention de faire, et il m'a répondu affirmativement. » Le défunt a parfaitement reconnu les témoins, les a appelés par leur nom et leur a serré la main à chacun. Le fait qu'il n'a répondu que par monosyllabes aux questions de son curateur indiquant ses dernières volontés aux témoins ne prouve nullement qu'il ne comprît pas. Il était, nous le savons par le Dr Ronca qui n'osa pas lui faire une nouvelle ponction abdominale, d'une faiblesse extrême, et dans cet état l'homme le plus intelligent, le plus lucide, ne se répand pas en paroles inu-

tiles ; un simple oui lui suffit, et ce oui C... l'a prononcé, disent les témoins, « d'une façon très intelligible ».

Nous terminons, en conséquence, cette partie du présent rapport, en disant que rien ne prouve qu'au moment où le défunt a fait son testament nuncupatif du 5 septembre, il ne fût pas conscient de ses actes et maître de sa volonté.

3° *Les testaments :*

Les testaments sont, avons-nous dit, au nombre de trois. Dans le premier, du 23 août 1900, le défunt fait des legs à diverses œuvres de bienfaisance ou d'utilité publique, ainsi qu'à sa servante et aux enfants de son curateur. Puis il institue comme héritière la commune de Fleurier, à condition qu'elle crée, de sa fortune, une crèche pour enfants d'ouvriers. Sa mère est simplement usufruitière.

Dans le second testament — 27 avril 1901 — il maintient avec quelques variantes ses legs du premier, y ajoute 500 francs pour une crèche, et maintient sa mère comme usufruitière, mais ne désigne plus d'héritiers. Il annule le testament précédent.

Dans le troisième testament enfin, le testament nuncupatif du 5 septembre 1901, C... maintient toutes les donations de celui du 27 avril, mais institue sa mère comme héritière de tous ses biens.

La forme des deux premiers testaments est tout à fait correcte. Ils sont écrits très lisiblement et très correctement, et il ne pourrait venir à l'idée de personne qu'ils ont été écrits par un homme ne possédant pas toutes ses facultés.

Pour le premier, Louis C... avait demandé les conseils de son curateur ; mais il a fait le second à l'insu de celui-ci et l'a envoyé sous pli chargé au greffe du tribunal.

La forme de ces deux testaments étant reconnue correcte, il reste à voir si le fond, soit les dispositions elles-mêmes, indique un trouble intellectuel. Il ne s'agit pas ici de savoir si le défunt a bien ou mal fait de ne rien donner à sa nièce ; c'est affaire à lui seul. Il faut seulement examiner si sa volonté ressort nettement de ses dispositions et si celles-ci ne renferment rien d'extravagant ou d'inexécutable.

Dans ses trois testaments, Louis C... pense aux œuvres de bienfaisance et aux personnes auxquelles il s'intéresse ; sa volonté sur ce point est donc bien nettement exprimée. Dans le premier, sa mère est seulement usufruitière, mais la commune de Fleurier étant héritière, rien ne doit revenir à sa nièce. La volonté du testateur est ici encore aussi claire que possible. Le second testament maintient les donations pieuses et les legs divers, et la mère comme usufruitière, mais le testateur ne donne plus que 500 francs pour une crèche et n'institue pas d'héritiers, de sorte que s'il était mort sans faire le troisième, tous ses biens paternels revenaient de droit à sa nièce. Or, cela, Louis C... ne le sait pas ; il croit que n'instituant plus la commune comme héritière, c'est à sa mère que reviendra naturellement toute sa fortune ; et c'est seulement lorsque, la veille de sa mort, il parle de ce second testament à son curateur, qu'il comprend son erreur et veut la réparer immédiatement ; car il a déclaré à maintes reprises « qu'il ne veut pas que son argent aille à Zurich » (où habite sa nièce). C'est là une erreur fort pardonnable ; bien des gens plus intelligents que C... l'ont commise ; le Code civil ne s'enseigne pas à l'école, et quoi de plus naturel de penser qu'une veuve hérite de la totalité des biens de son fils unique, s'il n'en dispose pas en faveur d'un tiers ?

Le seul changement qu'on constate dans la volonté

de C... est l'abandon de la disposition de son premier testament par laquelle il destine sa fortune à la fondation d'une crèche. Cette idée, paraît-il, lui était venue à la suite d'un incendie dans lequel avait péri un petit enfant que sa mère avait dû laisser seul au logis pour aller au travail. Plus tard — dans le second testament — ce n'est plus sa fortune entière qu'il destine à cette œuvre, mais seulement 500 francs. Pourquoi ce changement d'idées ? Nous ne le savons pas, mais ici encore c'est son affaire à lui seul et cela ne permet nullement de dire qu'il ne savait pas ce qu'il voulait. On voit tous les jours les gens les plus intelligents changer d'idée et modifier les dispositions de leurs dernières volontés.

Les testaments de C... ne renferment donc rien d'extravagant ou d'inexécutable ; leur contenu est aussi raisonnable et logique que leur forme est correcte et le fait — nous le répétons — qu'il avait été, à sa demande, pourvu d'un curateur ne saurait lui ôter la capacité de tester. « La loi n'exige pas, dit Krafft-Ebing, que pour
« faire un testament, l'individu possède les degrés les
« plus élevés de la clarté de la raison ou de la force de
« volonté, et, ce qui le prouve, c'est que d'après les
« législations de certains pays, basées plus ou moins
« sur le Code civil français, le mineur qui a dépassé sa
« seizième année, et celui qui est sous curatelle, sont
« envisagés comme habiles à tester. »

CONCLUSIONS

En résumé, le soussigné conclut :

1° Louis-Jules C... n'était pas un homme absolument complet, mais il ne saurait être envisagé comme civilement incapable ;

2° Rien n'indique que le jour où il a fait son testa-

ment nuncupatif, il ne fût pas en pleine possession de ses facultés ordinaires.

D^r CHATELAIN.

Saint-Blaise, 24 octobre 1902.

Le Tribunal, adoptant les conclusions ci-dessus, a déclaré le testament nuncupatif valable, et débouté la demanderesse de ses prétentions.

Revue critique.

SIMULATION

ET

DISSIMULATION DE LA FOLIE

Par le D^r L. THIVET

Médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise).

Avant d'aborder l'étude de l'important ouvrage (1) qui est en quelque sorte la raison d'être de cette revue, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rappeler brièvement les notions que nous possédons sur la simulation de la folie et de mentionner les travaux que cette question a déjà inspirés.

A vrai dire, il nous faudrait, pour être complet, citer tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies mentales, car tous, plus ou moins, ont relaté des exemples de simulation; mais, pour ne point sortir des bornes que nous nous sommes imposées, nous devons nous en tenir à ceux pour qui la distinction entre la folie réelle et la folie simulée a été l'objet de recherches particulières.

C'est à Paul Zacchias, vers 1650, que revient incontestablement le mérite d'avoir attiré le premier l'attention des médecins de son temps sur les difficultés que présente l'examen du faux aliéné. Dans un chapitre des

(1) *Simulacion de la locura precedido por estudio sobre la simulacion en la lucha por la vida.* (Simulation de la folie précédée d'une étude sur la simulation dans la lutte pour la vie.) Dr Jose Ingenieros. 1 vol. in-8°, 500 p. Edit : *La semana medica*. 1903, Buenos-Aires.

« Questions médico-légales », le célèbre médecin légiste, énumérant les préceptes qui doivent guider l'expert, recommande d'abord l'examen du facies de l'individu soupçonné de simulation, montre combien il faut se défier des accès délirants à début brusque, observe que le mutisme absolu et le défaut de toute manifestation sensitive deviennent un obstacle considérable à la découverte de la réalité ou non de l'aliénation mentale. Pour Zacchias, aucune maladie n'est plus facilement ni plus souvent simulée que la folie; par contre, aucune maladie simulée n'est plus difficile à reconnaître. Cette assertion, ainsi que le fait remarquer A. Laurent, était peut-être l'expression de la vérité au XVII^e siècle, elle ne répond plus aujourd'hui à la réalité des choses; en effet, les médecins spécialistes, qui, par leur situation, sont à même de se prononcer à cet égard, s'accordent à reconnaître que les faits de simulation véritable sont relativement rares. Quant à la difficulté qui s'attache à la découverte du simulateur, elle est extrêmement variable: nulle dans certains cas grossiers où la ruse est évidente, presque insurmontable dans d'autres, lorsqu'ils s'agit d'individus très intelligents et doués d'une grande force de volonté.

On trouvera dans les œuvres de Pinel, de Fodéré, d'Esquirol, de Marc, des observations intéressantes de folie simulée. Les *Annales médico-psychologiques* en renferment un grand nombre, parmi lesquelles nous signalerons spécialement celles de Poilroux, de Morel, d'Anzouy, de Renaudin, de Conolly, de Baillarger (1). On en trouvera également de fort curieuses dans les *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*.

Pour Griesinger (2), c'est à l'exagération des symptômes qu'on reconnaît habituellement le simulateur; celui-ci « se figure que tout doit être retourné; au lieu

(1) *Annales médico-psychologiques*. Simulation de la folie chez treize individus à la fois. Poilroux, 48, XI, 325. — Rapport médico-légal sur un cas de simulation de la folie. Morel, 57, III, 57. — Simulation de la folie imbécile et rémittente. Anzouy, 57, III, 210. — Rapport médico-légal. Renaudin, 64, IV, 228. — Simulation de la folie. Conolly, 50, II, 312. — Folie simulée par une ancienne aliénée. Baillarger, 53, V, 466.

(2) Griesinger. *Traité des maladies mentales*. Delahaye, 1865.

« de conceptions délirantes, il dit des absurdités et se
« conduit comme si, dans la folie, la plus grande partie
« de l'intelligence et de la mémoire devait être
« détruite ». Une chose importante à noter, ajoute le
même auteur, c'est que la réalité de la simulation n'est
nullement une preuve certaine que l'individu jouisse
de toute sa raison, « quelquefois les aliénés eux-mêmes
« simulent la folie....., on peut donc être en position
« de démontrer qu'un individu simule la folie et que
« malgré cela il est bien fou, mais seulement d'une
« autre manière que celle qu'il simule et que sa folie se
« reconnaît naturellement à d'autres signes que ceux
« qu'il met en avant ». A ce propos, Griesinger rap-
porte le cas d'un malade qui avait fort embarrassé les
médecins experts, lesquels, après trois mois d'examen,
n'avaient pas osé déclarer qu'il fût aliéné ni affirmer
qu'il fût sain d'esprit. Or ce malade, après avoir entendu
pendant deux heures son avocat plaider pour lui la folie,
fit des tentatives de simulation. « Ces tentatives, dit
« Griesinger, ne prouvaient rien contre la réalité de
« l'aliénation, car un homme peut avoir une véritable
« maladie mentale dont il n'a pas conscience et simuler
« dans un intérêt particulier une folie qu'il n'a pas. »
Rien n'est plus vrai, en effet, et ce phénomène, bien
connu maintenant, de la simulation par de vrais aliénés,
étudié, comme on le verra plus loin, sous le nom de
sursimulation, par le D^r Ingegnieros, a été observé non
seulement chez des inculpés, mais encore chez des
internés.

En 1866 parut une étude médico-légale sur la simulation de la folie qui doit être considérée jusqu'à présent comme le seul travail d'ensemble publié en France sur ce sujet. De cet ouvrage, qui a pour auteur M. le D^r Armand Laurent (1), on peut dire que l'ancienneté n'en a pas affaibli la portée, car malgré l'évolution des doctrines en psychiatrie, il a su conserver son caractère d'utilité pratique. La plupart des préceptes qu'il donnait il y a bientôt quarante ans relativement à la conduite de l'ex-

(1) *Etude médico-légale sur la simulation de la folie*, par le D^r Armand Laurent, 1 vol. in-8°, 400 pages. Masson. Paris.

pertise médico-légale ont encore aujourd'hui toute leur valeur.

Cette constatation, assez rare dans le domaine des œuvres scientifiques, n'est pas indifférente; on en jugera par ailleurs. Ayant pris soin de nous avertir tout d'abord des difficultés inhérentes à la découverte de la folie simulée, l'auteur indique le point de vue auquel doit se placer l'expert et montre quelles sont les bases de son expertise médico-légale. Toute enquête se compose de deux parties essentielles : 1° l'examen des pièces, des dépositions et des antécédents de l'individu; 2° l'examen direct ou personnel. Chacune des parties de l'enquête doit fournir les éléments nécessaires au diagnostic de la folie réelle et par contre à celui de la folie simulée.

Après un résumé succinct des principales formes mentales, certains cas spéciaux qui, sous le rapport médico-légal comme sous le rapport clinique, offrent une importance particulière, sont minutieusement analysés (simulation par d'anciens aliénés, par des imbéciles, simulation pendant la grossesse). Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur recherche quelle influence peut avoir la simulation de la folie sur les simulateurs eux-mêmes. Tel est le plan de l'ouvrage.

Au cours de son excellente étude le Dr Laurent trace un portrait du simulateur, devenu classique pour ainsi dire et maintes fois reproduit, notamment dans l'ouvrage de Tardieu, dans le *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet, et dans le *Manuel* de Régis. Donnons-en les lignes principales : « Le regard a surtout quelque chose de particulier, qui ne saurait échapper : il est furtif, mobile, sournois. La figure dénote un état forcé, un désaccord choquant et significatif. Le criminel simulateur ne saurait donner à son regard l'expression égarée et excitée qui appartient au maniaque; il ne produira pas davantage l'expression véritablement indifférente, affaissée du dément, du paralytique, etc. Il ne saurait dissimuler l'attention qu'il porte à toutes les paroles et à tous les mouvements de celui qu'il sait chargé de scruter ses discours et ses gestes, et bien souvent il baisse les yeux, se méfiant de l'expression que peut trahir son regard. »

Vent-on connaître les procédés divers qui ont été

employés pour mettre en défaut la ténacité et la ruse de certains simulateurs ? On s'est vu obligé parfois de recourir à l'intimidation, aux menaces, à mille expédients dont certains rappellent vaguement ceux de l'Inquisition et n'ont plus qu'un intérêt historique. Citons pour mémoire la douche, les coups, la fustigation, les piqûres, la cantérisation au fer rouge, etc. D'autres fois, pour briser l'obstination de certains sujets on a fait usage de l'opium, de l'alcool (Monteggia), de l'éther (Morel).

Les seuls moyens que l'on puisse recommander sont ceux qui ne cessent point d'être en rapport avec la dignité humaine. Celui qui paraît le plus naturel consiste à essayer par des questions captieuses de faire tomber ceux qu'on examine dans de grossières erreurs ; on feindra de croire à la réalité de leur folie, on paraîtra indifférent aux manifestations désordonnées. L'observation aura lieu, si possible, dans un asile où l'on pourra faire vérifier par d'autres personnes la conduite et les discours du simulateur présumé. Au surplus, ces moyens, il ne faut pas l'oublier, ne sont que complémentaires et l'expert le plus habile sera toujours celui qui possédera les connaissances les plus étendues sur l'aliénation mentale.

Comme l'a dit Tardieu (1), « ce n'est que par une connaissance approfondie de la réalité qu'il est possible de reconnaître la simulation ».

Les efforts que s'impose le simulateur pour donner l'apparence, même grossière, d'un état mental qui n'est point le sien sont-ils susceptibles, à la longue, de déterminer un véritable état de folie ? A cette question M. le D^r Laurent répond par l'affirmative : « Les simulateurs qui ont prétendu qu'ils seraient devenus fous, s'ils avaient continué à simuler la folie quelques jours de plus, avaient parfaitement raison. Entre autres faits l'Histoire a consigné que deux marins français prisonniers sur les pontons anglais eurent la constance de simuler la folie pendant six mois de suite. Mais au bout de ce temps ils ne recouvrèrent leur liberté qu'au prix de leur raison véritablement perdue. »

Cette histoire des deux marins, citée depuis par

(1) Tardieu. *Etude médico-légale sur la folie*. Bailliére, 1872.

Legrand de Saulle et Brierre de Boismont, a été interprétée d'une façon différente par le Dr V. Parant (1). D'après lui, dans ce cas particulier, la folie peut avoir eu d'autres causes que la simulation et il y aurait lieu plutôt d'incriminer les privations, les souffrances de toutes sortes, physiques et morales, que les prisonniers avaient à endurer sur les pontons. D'ailleurs, sans nier complètement la mutation possible de la folie simulée en folie véritable, le Dr Parant estime que les observations invoquées dans cet ordre d'idées manquent de précision et qu'on n'est pas en droit, au point de vue médico-légal, d'établir aucun argument sur la possibilité de cette transformation.

Il peut arriver que la mission confiée par la justice à l'expert soit, non seulement d'examiner l'état mental actuel d'un accusé, mais encore de rechercher si cet accusé était responsable de ses actes au moment du crime ou du délit qui lui est reproché. En d'autres termes, il y a lieu d'établir une distinction entre la folie simulée et la folie prétextée. Celle-ci s'observe plus fréquemment que la première (Tardieu) (2).

Dans tous les cas où il s'agit d'établir rétrospectivement l'état mental au temps de l'acte, il importe d'étudier soigneusement cet acte lui-même et de voir s'il présente ou non un caractère pathologique (3).

Les excuses invoquées par la famille, par l'avocat, par l'accusé lui-même, sont tantôt une maladie ancienne (méningite, fièvre typhoïde) à laquelle on attribue l'origine des troubles cérébraux, tantôt un internement antérieur. Presque toujours les intéressés s'efforcent de mettre en valeur l'influence d'antécédents héréditaires.

Dans un cas de ce genre l'expert ne saurait s'entourer de trop de précautions ; il devra procéder à l'analyse minutieuse des circonstances alléguées, « il devra se souvenir expressément que les faits de folie soudaine, transitoire, s'observent rarement, pour ne pas dire

(1) Note sur la transformation de la folie simulée en folie véritable, par le Dr V. Parant. *Société médico-psychologique*, 30 mars 1885.

(2) Tardieu. *Etude médico-légale de la folie*.

(3) Henri Dagonet. *Considérations médico-légales sur l'aliénation mentale*.

jamais, chez des personnes absolument saines d'esprit et de corps » (Régis) (1); néanmoins, en ce qui concerne les antécédents héréditaires, il ne devra pas perdre de vue que « si l'hérédité joue un rôle considérable dans la genèse des maladies mentales, son action n'a cependant rien de fatal; même dans les familles les plus tarées au point de vue cérébral, on trouve des individus parfaitement sains d'esprit. Tous les enfants d'aliénés ne sont pas frappés de folie, pas plus que tous les enfants de tuberculeux ou de cancéreux ne sont atteints de cancer ou de tuberculose » (Vallon) (2).

La *dissimulation* de la folie se rencontre surtout chez des aliénés internés qui, grâce à ce subterfuge, espèrent obtenir leur mise en liberté; il va sans dire que le médecin d'asile doit sans cesse compter avec elle. Son importance médico-légale, bien mise en lumière par Marandon de Montyel (3), Krafft-Ebing (4), Vallon (5), tient surtout à cette considération que la sortie d'un aliéné dont les idées délirantes sont méconnues, peut avoir les pires conséquences pour son entourage immédiat aussi bien que pour la sécurité publique en général. Les observations rapportées à ce sujet par Marandon de Montyel dans son excellente monographie sur la dissimulation en aliénation mentale sont particulièrement instructives.

En terminant ici cette rapide enquête bibliographique sur la folie simulée, prétextée ou dissimulée, nous croyons devoir insister sur ce point que notre but a été seulement de rassembler les documents principaux utiles à cette étude et d'indiquer les sources où le lecteur saura puiser (6).

(1) Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*.

(2) Vallon. *Médecine légale* in *Traité de Pathologie mentale*. Gilbert Ballet.

(3) Marandon de Montyel (*Annales d'Hygiène publique*, 1889).

(4) Krafft-Ebing. *Médecine légale des aliénés*. Edition française. 1900.

(5) Vallon. *Loc. cit.*

(6) Voir encore : *Annales médico-psychologiques*. Rapport médico-légal sur un cas de simulation, par Billod. 68, XII, 53. — Deux rapports médico-légaux sur une dissimulation et une simulation, par L. Mayer 70, III, 341. — Etude médico-légale sur un cas de folie simulée, par Marandon de Montyel 77, XVII, 52.

Ceci dit, voyons maintenant comment le D^r Ingénieros, tout en utilisant les travaux de ses devanciers, a eu le très réel mérite de présenter la question sous un nouveau jour et de lui communiquer l'attrait d'une œuvre vraiment originale. Le titre : *Simulation dans la lutte pour la vie et simulation de la folie*, en indique déjà la tendance générale.

S'appuyant sur les doctrines de l'évolution biologique d'après Darwin, le savant aliéniste argentin donne comme épigraphe à son travail la proposition fondamentale suivante : *La lutte pour la vie est un phénomène général chez tous les êtres organisés*.

La nature en effet accorde à tous les êtres des moyens offensifs et défensifs dont l'usage détermine la survivance et assure la reproduction de ceux qui sont le mieux adaptés aux conditions de leur milieu vital ; mais ce ne sont pas seulement les plus forts, au sens absolu du mot, qui l'emportent dans cette lutte, ce sont aussi les mieux doués pour se soustraire aux innombrables causes de destruction qui gravitent autour d'eux, ce sont encore les plus habiles à se pourvoir de tout ce qui intéresse leur propre subsistance. S'il s'agit des hommes, ceux qui n'ont pas la force ont une ressource, la fraude, phénomène complexe dont les formes principales sont le mensonge, l'imitation et la simulation.

De toutes les définitions qu'on a donné de la simulation, aucune n'est entièrement satisfaisante ; d'une manière générale on peut dire qu'il y a simulation toutes les fois que les apparences extérieures et perceptibles d'une chose ou d'une action la font confondre avec la chose ou l'action simulée. L'imitation reproduit un fait ou une action dans sa réalité ; imiter un acte bon ou mauvais signifie en faire un semblable réellement bon ou mauvais. Exemple : l'artiste sur la scène est un simulateur quand il feint de tuer ; s'il tuait véritablement il serait un imitateur du personnage qu'il représente.

Confirmant l'opinion de Paulhan (1), l'auteur admet qu'au fond il n'y a aucune différence entre la simulation et la dissimulation; ce sont deux modalités d'un même phénomène. Le malade qui dissimule l'affection dont il est atteint pour acquérir une assurance sur la vie, simule en réalité un état de santé qu'il n'a pas. L'agitateur politique qui, par convenance personnelle, défend avec ardeur devant ses électeurs des doctrines que dans son for intérieur il considère absurdes, ne fait autre chose que simuler les opinions qu'il défend et dissimuler celles qu'il professe.

A tous les degrés de l'échelle des êtres organisés, la simulation constitue un moyen de lutte pour la vie. Chez les animaux le mimétisme est en réalité une simulation, puisqu'il représente une adaptation volontaire ou involontaire des caractères extérieurs au milieu ambiant, soit par la forme (*homotypie*), soit par la couleur (*homochromie*). Dans les sociétés humaines la lutte pour la vie revêt de multiples aspects, individuels et collectifs; à chaque forme de lutte l'homme adapte des modalités correspondantes de simulation et de dissimulation; un véritable parallélisme existe entre les formes de lutte et les simulations adaptatives. Pour la multitude anonyme, savoir vivre équivaut en grande partie à savoir simuler; seuls quelques individus peuvent vivre inadaptés au milieu, en éludant la simulation. En d'autres termes, les hommes s'adaptent d'autant mieux au milieu dans lequel ils luttent pour la vie, qu'ils ont plus développée l'aptitude à simuler.

Complexe est la psychologie du simulateur, et la méthode qu'il convient d'employer pour l'étudier doit avoir pour éléments: l'observation, la comparaison et une induction prudente; c'est la méthode clinique. On ne saurait évidemment, pour s'orienter dans cette étude, se contenter du simple critérium de la physiopathologie ou de la dégénérescence, qui conduirait à diviser l'humanité en deux grands groupes: les normaux et les dégénérés; ou bien, comme l'admet Ferri, en normaux et anormaux, ces derniers réalisant le type évolutif ou régressif. En revanche l'auteur tient pour satisfaisante,

(1) Paulhan, in *Revue philosophique*.

à son point de vue, la théorie plus sociologique que biologique de l'aliéniste italien Silvio Venturi pour qui les hommes se réduisent à deux classes : les caractérisés et les indifférents. Cette conception s'accorde d'une façon générale avec les idées soutenues par Ribot. Donc, deux catégories d'individus, ceux qui affirment leur propre personnalité, ce sont les caractérisés, et ceux qui ne sortent pas de l'ornière de la vulgarité, ce sont les indifférents, les amorphes, comme dit Ribot.

Seuls les individus supérieurs, psychologiquement plus différenciés, peuvent se soustraire aux exigences de l'adaptation au milieu.

C'est surtout dans la première catégorie que se rencontre le type du simulateur dont le caractère est déterminé par des facteurs congénitaux ou acquis, organiques ou sociaux.

Chacun de ces facteurs, chacune des variétés de simulation qu'il engendre deviennent successivement pour l'auteur l'objet de recherches approfondies. Ainsi, par un enchaînement logique, le Dr Ingegneros nous amène à étudier la simulation des états pathologiques et plus particulièrement de la folie.

C'est cette partie de son ouvrage, d'ailleurs la plus importante, que nous voulons examiner avec quelques détails.

De même que toutes les simulations, celle de la folie, conformément à la loi de Darwin, est encore une des formes de la lutte pour la vie. Pour ne point confondre dans une même interprétation des phénomènes produits dans des conditions distinctes, il est utile d'en entreprendre l'étude à un triple point de vue.

1° Tout individu qui lutte pour la vie peut simuler la folie quand des circonstances spéciales le déterminent à s'adapter à cette forme de lutte ; c'est la simulation de la folie considérée à un point de vue général.

2° La simulation peut s'observer chez des sujets qui, réellement atteints d'une maladie mentale, n'ont pas conscience de celle-ci, mais seulement des avantages que peut leur procurer la simulation. C'est la simulation de la folie par des aliénés véritables ou sursimulation.

3° On peut enfin rencontrer des individus qui, ne pouvant se soumettre aux exigences du milieu dont la

synthèse est représentée par la loi, luttent pour la vie d'une manière antisociale ; chez eux la simulation de la folie n'est qu'une adaptation meilleure aux conditions de lutte contre les institutions juridiques. Nous aurons donc à examiner la simulation de la folie chez les délinquants.

I. *Simulation de la folie considérée à un point de vue général.* — Lorsqu'on étudie les circonstances multiples, passagères ou constantes, qui peuvent rendre avantageuse la simulation de la folie, on ne peut méconnaître qu'elles relèvent d'un principe commun, l'utilité, et qu'elles ont toujours pour objet, soit la satisfaction d'un besoin immédiat et momentané, soit l'adaptation à des conditions définitives d'existence.

Tantôt il s'agit d'un individu coupable d'une simple contravention, d'un délinquant occasionnel qui simule la folie pour être taxé d'irresponsabilité et échapper à la réaction punitive de la société ; un autre simulera pour faire annuler un acte légal (contrat ou mariage) et échapper à ses conséquences juridiques, un témoin pour éluder l'obligation de déclarer certains détails qu'il a intérêt à cacher. Une femme, dans un but de chantage, feindra d'avoir perdu l'esprit à la suite d'un viol dont elle se dit la victime ; un condamné à mort emploiera le même subterfuge pour que, dans le doute, on suspende l'application de la peine suprême. D'anciens aliénés, ces cas sont fréquents, simulent la folie pour jouir du bien-être relatif qu'on leur accorde à l'asile et échapper aux difficultés de la vie libre, surtout pendant la mauvaise saison. Des prisonniers de guerre ont simulé des troubles cérébraux pour être abandonnés et pouvoir s'enfuir ; de même, des recrues pour échapper au service militaire ou obtenir leur renvoi après qu'ils sont entrés au service. Une jeune fille, par amour pour sa sœur aliénée, fait semblant d'être frappée d'une folie pareille à celle de sa sœur pour n'être pas séparée d'elle. Souvent on a vu des jeunes gens simuler des troubles psychiques pour arracher à leurs parents l'autorisation de contracter un mariage ; certaines personnes ont encore recouru à cet expédient simplement dans le but de faire parler d'elles. Et lorsqu'il s'agit d'exploiter la charité publique, que de maladies ont été simulées !

De toutes ces folies feintes pour des motifs d'un ordre général, l'auteur a rassemblé des cas nombreux et variés dans lesquels il met en relief l'influence du sexe, de la profession, de l'imitation, de la suggestibilité, des tares héréditaires. Chemin faisant, il signale la simulation des folies larvées et de l'état permanent de déséquilibre mental. Chaque jour on rencontre cette classe de simulateurs. Nombreux sont les sujets qui dans la société, en vertu de conditions psychologiques particulières, trouvent avantageux, pour leur situation sociale, d'orienter leurs manifestations extérieures dans un sens différent de celui qui est reçu, qui posent pour l'excentricité et cherchent à attirer l'attention sur eux en prenant pour modèles les types que Cullerre a si bien décrits dans son travail sur « les frontières de la folie ». On sait que les « mattoïdes » jouissent d'une liberté relative de penser et d'agir, liberté refusée à l'ensemble des autres individus. Assurément cela ne va pas jusqu'à leur accorder la même irresponsabilité qu'aux aliénés proprement dits. Mais la société reconnaît deux espèces de folie, celle de l'aliéné véritable ayant pour corollaire l'internement et celle de l'individu qui ignore ou néglige partiellement les usages de son temps et du milieu dans lequel il vit.

Au premier elle reconnaît l'irresponsabilité absolue, au second une responsabilité atténuée. Cette atténuation de la responsabilité est en même temps la raison d'être des simulateurs ci-dessus désignés et le but qu'ils se proposent, attendu qu'elle leur permet de vivre pour ainsi dire à leur guise et en dehors de toute règle.

La simulation de la folie n'est pas toujours sans inconvénients pour le simulateur, témoin le cas fort original d'un reporter américain qui avait formé le projet de se faire interner afin d'étudier sur place le traitement appliqué aux aliénés et qui, pour les raisons qu'on va lire, dut abandonner l'expérience. Thomas Minnick, journaliste de New-York, vêtu de façon extravagante, se présente un jour dans un hôtel de Broadway prétendant qu'il était le prince de Galles, puis se livrant à mille excentricités, injuriant le personnel de l'établissement, se fait expulser de l'hôtel non sans avoir été quelque peu malmené par les gens de service.

Sur la voie publique, il continue sa comédie et tombe dans les bras d'un policeman qui, pour le calmer, lui assène, avec le plus grand sérieux, un coup de bâton sur la nuque. Conformément à son secret désir, il fut interné à l'asile de Belle-Vue. Là, les médecins, ne voulant pas être en reste de malice avec lui, résolurent de conduire l'expérience au-delà des intentions du reporter. Ils lui administrèrent d'abord un vomitif énergique et convinrent de le soumettre ensuite à la diète lactée absolue; ils pratiquèrent le lavage de l'estomac, lui appliquèrent des courants électriques, en un mot mirent tout en œuvre pour rendre le traitement aussi efficace que possible. Jusque-là, le reporter remplissait consciencieusement son rôle, poussait des cris, vociférait, se roulait par terre entre les jambes des médecins et des assistants, mais en lui-même commençait à se faire une opinion assez défavorable du corps médical et de ses cruautés. Cependant la simulation ne put durer. Un matin, le D^r Fitch, directeur de l'établissement, dit aux médecins de son entourage: ce malheureux a un cancer du cerveau, il est absolument nécessaire d'ouvrir le crâne et d'extraire le cancer; qu'on m'apporte les instruments nécessaires pour pratiquer l'opération.—A ces paroles, l'infortuné reporter recouvre instantanément l'usage de ses facultés: «Au nom du ciel, s'écrie-t-il, ne m'ouvrez pas le crâne, je suis reporter d'un journal et je dirige l'édition du Dimanche.» Là-dessus, il confesse son stratagème et renonce à se documenter d'une façon plus complète. L'histoire ajoute qu'il perdit en outre sa place au journal pour cause de maladresse, car, aux Etats-Unis comme partout ailleurs, la valeur du moyen employé ne se mesure qu'au résultat obtenu.

II. *Simulation de la folie par des aliénés véritables ou sursimulation.* — Si peu qu'on soit versé dans l'étude de la pathologie mentale, il est un fait généralement admis, c'est que la faculté de raisonner n'est pas forcément abolie chez tous les aliénés. Chez certains d'entre eux, comme l'a démontré Parant dans une monographie déjà ancienne, l'énergie psychique, la conservation de la mémoire, l'aptitude aux travaux intellectuels se manifestent dans leur conversation comme dans leurs

écrits. Il en est chez qui persistent la conscience de leur personnalité, la faculté de discerner le bien du mal, la capacité de subordonner leur règle de conduite à des principes déterminés, une certaine logique dans la formation des idées, dans leurs raisonnements, dans leurs actes, dans l'évolution même de leurs idées délirantes.

Aussi l'aliéné comme les autres individus peut-il avoir à lutter pour la vie, et de fait on observe chez lui toutes les formes de simulation. Quand l'occasion s'en présentera, il feindra d'être atteint de telle ou telle maladie selon le but qu'il se propose. Souvent son jugement, exact ou erroné, lui démontrera comme profitable la simulation de troubles mentaux différents de ceux qu'il éprouve véritablement, ou bien la dissimulation des troubles réels, c'est-à-dire la simulation d'un état de santé mentale qu'il ne possède pas.

Quoi qu'il en soit, la simulation de la folie comme moyen de lutte s'observe surtout chez des aliénés inconscients de leur propre maladie, quelquefois, plus rarement, chez des aliénés ayant une tendance morbide à la simulation en général. La dissimulation par contre est plutôt le fait des sujets qui ont conscience de leur état pathologique et du préjudice que cet état peut leur causer s'il vient à être connu. Or, cette conscience de la folie est évidente chez certains malades. Ceux-ci, comme le fait remarquer Parant, se sentent aliénés, mais leur volonté est impuissante en face de l'idée délirante; ils comprennent que leur état est anormal, leurs idées fausses, absurdes, déraisonnables, que leurs préoccupations sont imaginaires; en un mot, ils se savent aliénés, mais ne peuvent s'empêcher de l'être.

La simulation, considérée chez de véritables aliénés, constitue un phénomène particulier que l'auteur propose de désigner sous le nom de « sursimulation ». Déjà signalée par Griesinger, par Baillarger, par Laurent, la possibilité de cette simulation est acceptée maintenant sans conteste par la majorité des aliénistes. Quelques auteurs, Lasègue, Joffroy, ont même avancé que tous les simulateurs sont des sujets plus ou moins anormaux, ce qui reviendrait à dire que la véritable simulation de la folie ne serait jamais qu'une sursimulation.

Tel n'est pas l'avis de l'auteur de ce travail; pour lui

les anomalies psychiques qui se rencontrent chez les simulateurs ordinaires sont en tout point comparables à celles qu'on observe communément chez les délinquants et n'ont ni plus, ni moins de valeur ; on n'est pas simulateur en vertu de ses anomalies psychiques, mais malgré elles. Donc simulation et sursimulation sont deux choses parfaitement différentes, bien qu'il existe entre les deux des cas intermédiaires où l'anomalie est bien près de l'aliénation entendue au sens clinique.

Les causes qui peuvent déterminer l'aliéné simulateur sont extrêmement variées et dépendent du milieu dans lequel il est placé. Le D^r Ingegnieros rapporte plusieurs observations d'aliénés ayant « sursimulé » une forme particulière de maladie mentale ou seulement quelques symptômes de cette maladie. Un délirant systématisé feint d'avoir des hallucinations du goût et l'odorat pour obtenir un changement de régime, changement qui avait été accordé à un autre malade présentant effectivement des hallucinations de cette nature. Un dément mystique simule un accès d'agitation maniaque pour ne pas être transféré dans un asile de vieillards. Pour exciter la pitié et se rendre intéressant, un dégénéré à délire polymorphe feint d'être atteint d'une sorte d'épilepsie psychique, sensorielle et motrice. Un autre, dégénéré alcoolique, s'efforce de présenter les signes ordinaires de la démence pour éviter de répondre aux questions qui lui sont posées relativement à un crime accompli par lui sous l'influence de la boisson.

Un problème de la plus haute importance clinique se pose dans tous les cas de sursimulation. Comment distinguer chez les sujets les symptômes qui appartiennent en propre à leur maladie de ceux qui sont surajoutés volontairement ?

Si la forme de folie sursimulée est tout à fait distincte de la véritable, la tâche est relativement facile. Tel le cas du dégénéré qui simule l'épilepsie psycho-motrice. Il n'en est pas toujours ainsi, par exemple lorsqu'un débile simule des idées de grandeur, lorsqu'un maniaque chronique paraît avoir une crise aiguë pendant une période de rémission, lorsqu'un persécuté accuse à dessein des troubles sensoriels du goût et de l'odorat. Sans

doute, une observation minutieuse du malade et de son milieu permettra la plupart du temps d'apprécier la valeur des symptômes, mais encore faut-il savoir observer et par dessus tout se garder des diagnostics *a priori*.

Falret, un des premiers, mit en relief l'importance médico-légale de la dissimulation chez les aliénés et en montra la fréquence chez les persécutés. Mais ce phénomène n'est pas le patrimoine exclusif des délirants systématisés. Tout aliéné qui conserve une aptitude suffisante à raisonner et se rend compte de sa situation dans le milieu social peut trouver dans cette dissimulation de ses idées délirantes un moyen de diminuer les résistances que la société pourrait opposer à leur manifestation et à leur réalisation ; c'est ainsi qu'on a vu des mégalomanes cacher soigneusement à leur entourage leurs conceptions ambitieuses de crainte que des envieux puissent mettre obstacle à leur triomphe définitif avant le temps nécessaire pour l'atteindre, des mélancoliques déguiser leurs idées de suicide afin de pouvoir les mettre à exécution en reconvrant la liberté.

Quelle est la condition psychologique fondamentale d'un aliéné qui dissimule sa maladie ? A cela on peut répondre que le dissimulateur doit avant tout posséder la notion exacte du dommage qu'il éprouverait s'il était reconnu fou. En fait, il tient pour fausse à l'avance l'opinion de tous ceux qui le jugeraient en état de délire ; mais, en vertu de l'adaptation au milieu, il cachera ce qui doit lui porter un préjudice dans l'esprit de ceux qui l'entourent.

En d'autres termes l'aliéné conscient simule la santé mentale quand son état de maladie lui paraît susceptible d'augmenter les difficultés de l'existence ou, pis encore, de le priver de sa liberté ou de sa capacité civile.

Les traités classiques de psychiatrie consacrent à peine quelques pages, parfois quelques lignes, à la dissimulation de la folie, comme si la longue série d'accidents qui lui sont dus ne suffisaient pas à la rendre digne d'intérêt (1).

En présence de chaque dissimulateur le médecin doit

(1) Voir Marandon de Montyel. *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, loc. cit.

inventer une méthode spéciale d'examen impossible à fixer à l'avance. Toutefois il est bon de savoir que la possibilité de découvrir les troubles mentaux d'un dissimulateur est en raison inverse de l'intelligence de l'aliéné et en raison directe de la perspicacité de l'expert. Un simple gardien d'asile sera facilement trompé par un persécuté intelligent ou par un dégénéré supérieur qui traverse un épisode psychopathique, par contre il ne le sera pas par un malade imbécile. Mais un psychiatre ayant à la fois les qualités d'un psychologue et d'un observateur minutieux méconnaîtra rarement la dissimulation de l'aliéné le plus rusé. La conscience de la haute mission de défense sociale qui lui est dévolue sera pour le médecin le stimulant le plus énergique; elle maintiendra son courage et sa patience lorsqu'il assumera la tâche de découvrir le danger latent qui existe chez tout aliéné dissimulateur.

III. *Simulation de la folie par les délinquants.* — Si l'on tient compte de ce fait que les délinquants sont des êtres chez lesquels la lutte pour la vie acquiert un haut degré d'intensité, on ne sera pas étonné de leur voir employer ce moyen essentiellement frauduleux qu'est la simulation. Mais les délinquants, outre qu'ils luttent pour la vie comme les autres hommes, luttent aussi contre le milieu juridique et pénal de la société où ils vivent. Ce milieu juridique, représenté par les lois pénales, condamne le délinquant en le punissant pour l'acte dont il est responsable; mais il ne condamne pas le délinquant aliéné présumé irresponsable de son délit. Conséquemment le délinquant qui simule l'aliénation se propose d'éluder la responsabilité de l'acte dilictueux et de se soustraire au châtement.

Dans les diverses catégories de délinquants, les anomalies psychiques se présentent à des degrés variables et avec des particularités diverses. A l'encontre des idées actuellement prédominantes en psychiatrie, il faut considérer que la possibilité de simuler la folie pour éluder la répression pénale est absolument indépendante de ces anomalies et que les délinquants les plus anormaux sont les moins aptes à la simulation.

Quant aux formes des maladies simulées, l'auteur les rattache à six groupes de syndromes, dans l'ordre de

fréquence : maniaques, dépressifs, délirants ou paranoïques, syndromes épisodiques, états confuso-déméntiels et épisodes psychopathiques.

Chacun de ces groupes est étudié séparément et accompagné d'observations. Le syndrome maniaque comprend : 1° les cas dans lesquels les phénomènes simulés sont peu intenses, pouvant se rapporter à la simple excitation maniaque, aux périodes initiales des diverses formes de manie, à la période prodromique de la paralysie générale, etc. ; 2° la simulation des états symptomatiques dont l'expression extérieure est la manie aiguë ; 3° les formes suraiguës qui oscillent entre la classique « fureur maniaque », le délire aigu et les états similaires.

Dans le second groupe on distingue : 1° les formes peu accentuées, la simple dépression mélancolique plus ou moins parente de la tristesse véritable, très fréquemment simulée par les criminels d'occasion et les passionnels ; 2° les états qui peuvent se rapporter à la mélancolie aiguë ; 3° les formes intenses de mélancolie stupide, catatonique et les états similaires.

Le syndrome délirant ou paranoïque renferme tous les cas dans lesquels les phénomènes simulés sont caractérisés surtout par des idées ou des systèmes délirants auxquels sont subordonnées d'autres anomalies, des hallucinations de la sensibilité générale, etc.

Les épisodes psychopathiques simulés ont généralement un caractère hystérique, épileptique ou dégénératif. On peut à l'occasion les observer chez des individus réellement malades. Il est, en effet, des épileptiques véritables qui, pour les besoins de leur cause, simulent des attaques, des amnésies ; des dégénérés se prétendent victimes d'une obsession, des hystériques se disent influencées par la période cataméniale, etc.

Quant aux états de confusion démentielle, ils sont plus rarement simulés, sans qu'on en sache la raison, car leur simulation est relativement facile et commode. On y comprend tous les cas dans lesquels apparaissent au premier plan la confusion et l'incohérence, tandis que les phénomènes délirants ou hallucinatoires sont plus ou moins laissés dans l'ombre.

Quel que soit le cas de folie simulée par un délin-

quant, il s'en dégage toujours un caractère spécial, une physionomie propre, c'est le manque d'unité clinique des symptômes présentés. Cette remarque est du plus haut intérêt; on observe en effet que les délinquants n'ont pas coutume de simuler des anomalies psychiques, atypiques, mais bien plutôt les formes clinico-juridiques de la folie, c'est-à-dire celles qui, devant la loi ou devant l'expert, doivent leur conférer l'irresponsabilité. Or, ces formes sont précisément les seules qui aient une valeur nosologique sérieuse par suite du contraste qu'elles offrent avec les formes simulées dénuées de toute unité clinique. Un faux halluciné dort profondément, un faux mégalomane systématisé accepte quelque menue monnaie, un faux amnésique proteste si l'on dénature les faits qu'il prétend avoir oubliés, un faux mélancolique demande des aliments, etc.

L'hérédité, les antécédents pathologiques individuels, la race, l'âge, l'instruction, le sexe, l'éducation, l'état civil, la profession, le milieu social sont autant de facteurs utiles à rechercher dans l'interprétation des folies simulées. Celles-ci sont encore influencées par la tendance au moindre effort, par l'imitation, par la suggestion, etc.

Notons toutefois que si les délits ou les crimes des aliénés offrent parfois des caractères définis qui permettent une relative présomption diagnostique sur l'état mental de l'agent, il n'existe pas de signe différentiel d'une valeur absolue qui permette d'affirmer la simulation. En d'autres termes, les nombreux éléments qu'offre la clinique pour établir le diagnostic différentiel entre les criminels simulateurs et les aliénés criminels s'ajoutent aux renseignements fournis par l'étude du crime dans ses relations avec la folie et constituent des points de repère utiles, mais leur valeur n'est jamais absolue. C'est pourquoi le praticien peut parfois se voir obligé de recourir à des moyens tendant directement à démasquer la simulation. Les ruses spéciales, utilisables en pareille occurrence, sont variables pour chaque cas. Citons-en quelques-unes : celle qu'on met en pratique le plus généralement consiste, en parlant avec une tierce personne devant le simulateur, à trouver étrange l'absence de certain symptôme absurde

qui devrait exister pour compléter le cadre clinique. D'ordinaire le délinquant intéressé présente, quelques jours après, le symptôme suggéré, révélant clairement que sa production est intentionnelle.

On peut voir l'excitation maniaque, l'incohérence, la confusion mélancolique disparaître instantanément en présence du médecin qui, prenant une attitude résolue, affirme sévèrement que la simulation a été découverte et qu'il est inutile de la prolonger.

Quelquefois on essaie de provoquer des contradictions dans le cadre clinique présenté par les délinquants; on peut encore faire naître la simulation de nouveaux détails au moyen d'une simple suggestion verbale; on emploiera rarement l'intimidation, car certains aliénés, sous l'action d'une menace, dissimulent leurs idées délirantes. Enfin un bon moyen de démasquer les simulateurs sera de les obliger à rire grâce à quelque plaisanterie appropriée à leur intelligence. Ce dernier procédé a paru efficace à l'auteur en maintes circonstances, notamment avec des délinquants qui simulaient le sommeil ou d'autres phénomènes hypnotiques. Jamais on n'emploiera de moyens coercitifs ou toxiques, moyens inhumains ou dangereux. Encore qu'incertains, ils sont, comme dit Krafft-Ebing, un véritable brevet d'impuissance pour la science et l'art du médecin qui les emploie.

Au point de vue médico-légal, la pratique de la psychopathologie appelle des réformes; voici celles que le D^r Ingegnieros préconise et qui découlent en quelque sorte de la longue et patiente étude à laquelle il s'est livré : 1° Tout délinquant suspect d'aliénation doit être observé dans une clinique psychiatrique dûment organisée; 2° les médecins de la clinique doivent être les experts; 3° le délai pour l'observation sera indéterminé.

Enfin, si l'on admet que la simulation de la folie par les délinquants puise son origine dans le critérium juridique qui applique la peine suivant la responsabilité ou l'irresponsabilité du sujet, sa prophylaxie doit consister dans une réforme juridique qui rende cette simulation nuisible au simulateur. Lorsque le critérium de la responsabilité du délinquant sera remplacé par l'application de la défense sociale proportionnellement au degré de danger que représente le criminel, la simulation

de la folie deviendra nuisible aux délinquants et disparaîtra de la psycho-pathologie judiciaire.

On conviendra, c'est du moins notre conviction, que l'œuvre du D^r Ingegnieros est de celles qui ne sauraient passer inaperçues. Cette étude d'un des problèmes les plus captivants de la psychiatrie et de la criminologie, traitée d'ailleurs avec une méthode excellente et empreinte d'un sens clinique dont, pour ainsi dire, on retrouve la trace à chaque page, contient de nombreuses observations, pour la plupart originales ; aussi mérit-elle mieux qu'une simple analyse ; nous ne saurions trop en recommander la lecture à ceux qu'intéresse la pathologie mentale dans ses rapports avec la médecine légale, ils y trouveront tout ce qu'on cherche d'ordinaire dans un travail de cette nature, à savoir des idées neuves et une ample moisson de faits.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 JUIN 1904

Présidence de M. BRUNET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Doutrebente, Lapointe, Philippe et Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Blin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;
- 2° Une lettre de M. Gimbal, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Moreau (de Tours), Vigouroux et Pactet, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Un fascicule des travaux de la Faculté de médecine de l'Université impériale de Tokio (Japon) ;
- 2° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de juin ;
- 3° *La Tempérance*, numéro de juin.

Rapports de candidature.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Arnaud, Klippel, Sollier, Jules Voisin et René Semelaigne, d'examiner les titres et travaux scientifiques des candidats à la place vacante de membre titulaire. Deux candidats se trouvaient en présence, MM. Kéraval et Marie ; ce dernier vient de se retirer, ne voulant pas, dit-il, combattre un ami, plus

ancien que lui dans la carrière. La tâche de votre commission et de son rapporteur se trouve singulièrement facilitée par ce désistement.

M. Kéraval, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, a produit une œuvre scientifique considérable dont les limites étroites d'un rapport ne sauraient permettre une analyse, même succincte. Chaque volume des *Archives de Neurologie* contient des articles, revues ou analyses signés de lui. Le *Progrès médical* et divers autres périodiques lui ont aussi largement ouvert leurs colonnes. Grâce à sa parfaite connaissance de plusieurs langues étrangères, il a pu nous mettre au courant d'intéressants travaux publiés en Allemagne, en Italie et en Russie. La paralysie générale, l'alcoolisme, l'assistance familiale des aliénés lui ont fourni une ample matière à des travaux originaux.

La place de M. Kéraval était depuis longtemps marquée à la Société et l'on s'étonnait à juste titre qu'il n'eût pas encore fait acte de candidature. Il vous appartient aujourd'hui de combler cette lacune en l'éli-sant membre titulaire.

M. Kéraval est élu membre titulaire par 17 voix sur 17 votants.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, je viens, au nom d'une commission composée de MM. Briand, Christian et René Semelaigne vous présenter un rapport sur la candidature de M. le D^r Giuseppe Antonini, qui sollicite le titre de membre associé étranger.

M. Giuseppe Antonini, médecin au Manicome provincial d'Udine, privat-docent à l'Université de Modane, a publié de nombreux et intéressants ouvrages de psychiatrie, d'anthropologie criminelle et de neuropathologie. Je me bornerai à citer ses travaux sur l'automatisme ambulatoire, l'épilepsie, l'hygiène de la folie, le suicide, la pellagre, son livre sur les précurseurs de Lombroso, ses études sur la médecine légale des aliénés.

Je suis heureux de pouvoir vous prier au nom de votre commission de bien vouloir accueillir parmi nous, en qualité de membre associé étranger, le D^r Giuseppe Antonini.

Conformément à ces conclusions, M. Giuseppe Antonini est à l'unanimité nommé membre associé étranger.

Psychasthénie d'origine héréditaire. — Perversions sexuelles, inadaptation au milieu social, préoccupations hypocondriaques. — Crises d'angoisse. — Troubles de la nutrition. — Troubles de la personnalité. — Violences,

par M. L. WAHL.

Ch..., Paul, vingt-six ans, entré à l'asile d'Auxerre le 6 novembre 1903, est un sujet d'une psychologie extrêmement complexe. C'est un garçon de petite taille, mais bien constitué, qui répond volontiers aux questions qu'on lui pose et qui raconte son histoire avec beaucoup de détails. Il est malade depuis huit ans, il a étudié avec un soin extrême ses antécédents et nous les rapporte de la façon suivante : Son père, professeur agrégé au lycée de X..., était un homme très instruit, très entier dans ses opinions, classique convaincu et intransigeant ; mais c'était aussi un rêveur et un poète. Sa mère, morte de congestion cérébrale vers cinquante-cinq ans, avait souffert à l'époque de la ménopause d'une affection du foie. Un frère est mort jeune de la fièvre typhoïde. Deux frères existent encore, ils sont bien portants physiquement ; nous avons eu l'occasion de voir l'un d'eux et nous avons pu constater qu'il est extrêmement débile au point de vue intellectuel. Du côté maternel, la grand'mère qui vit encore et l'arrière grand'mère, morte aujourd'hui, étaient des nerveuses.

Paul est né en décembre ; « par conséquent, nous dit-il, j'ai été conçu au mois d'avril qui est un mois très émotif, celui du renouveau ». L'accouchement a été normal, il a été nourri au sein par sa mère. Pas de convulsions dans l'enfance ; dès l'âge de trois ans, nous dit-il, j'étais pensif et songeur et je faisais déjà des réflexions philosophiques.

Entre cinq et dix ans C... a souffert de maux de tête assez violents, accompagnés de saignements de nez. Il commença vers l'âge de cinq ans à suivre les cours de l'école communale de C... ; là « il continua à faire des réflexions philosophiques », se demandant pourquoi on enseignait des choses tristes et sombres comme la religion en rapporte tant ; le déluge eut surtout le don de l'affliger péniblement. Du reste, il n'était pas comme les autres enfants, il était timide et gauche et préférait rester seul à l'écart que de jouer aux jeux violents des autres petits garçons : il n'aimait pas davantage les jeux et la société des petites filles. Déjà à cette époque, nous dit-il, il avait remarqué que certains de ses jeunes camarades « se suçaient réciproquement l'urètre ; ils appelaient cela un suce-b... »

Entré au lycée de X... à dix ans en qualité d'externe, il y fit toutes ses études. Vers l'époque de sa première communion, toujours sombre, il eut des idées mystiques. Il avait, d'après ce qu'il nous a dit, l'imagination très vive et réussissait très bien dans l'étude des sciences naturelles et du dessin; mais il n'avait que peu de succès dans celle des langues anciennes, ce qui lui attirait des reproches très vifs de la part de son père, grand partisan des études classiques. Cependant il n'était rebelle à aucune matière d'enseignement.

A l'âge de quatorze ans, on l'opère d'un kyste du corps thyroïde situé sur la ligne médiane et qui s'était développé depuis quelque temps seulement. Pendant sa seconde enfance Paul eut les fièvres éruptives si fréquentes à cet âge. Vers la puberté, il était sombre, mélancolique : il rechercha un jour avec des camarades quel pouvait être le genre de mort le moins pénible, en vue d'un suicide collectif.

Vers l'âge de seize ans, il eut une aventure avec la domestique de ses parents; il n'osa avoir avec elle aucun rapport sexuel régulier, il se masturbait devant elle, puis la masturbait. Les parents s'étant doutés de quelque chose renvoyèrent cette fille; Paul en conçut une vive contrariété. Dès lors, il chercha un dérivatif dans l'étude de l'astronomie. A l'âge de quinze ans et demi, il entre en mathématiques élémentaires, il était heureux de « faire des sciences »; mais au mois de mars il eut des symptômes graves de neurasthénie, c'était au moment où venait de se terminer son idylle avec la jeune bonne; il éprouvait une asthénie profonde, une apathie invincible, des céphalées en casque et surtout des troubles digestifs; il fut obligé d'interrompre ses études; sa mère l'emmena faire une saison à Vichy pour le distraire; là il se crut atteint tantôt d'une maladie de foie, tantôt d'une maladie des reins; le médecin qu'il consulte lui déclare qu'il n'a rien du tout, cela le console et au mois d'octobre il reprend ses études et, à la fin de l'année scolaire, il est reçu bachelier. Après ce succès, Ch... va avec son père au bord de la mer; là, il recommence à souffrir de maux de tête violents. Il réussit cependant à ébaucher quelques tableaux.

Vers la même époque un de ses camarades voulut l'entraîner dans un établissement de plaisirs faciles, il résista; mais il cherchait par tous les moyens à s'emparer des corsets des servantes qu'employaient ses parents, et lorsqu'il y parvenait, ils les cachait sous ses vêtements et se procurait une sensation des plus agréables qu'il complétait en se masturbant; car il n'eut jamais dans ces circonstances d'éjaculations spontanées, mais seulement des érections complètes. Plus tard il persuada à une domestique de lui acheter un corset dont il se servit pour favoriser ses plaisirs solitaires.

Paul n'avait pas, lorsqu'il sortit du collège, d'idée arrêtée pour le choix d'une carrière ; il se décida sans enthousiasme à entreprendre des études pour devenir professeur de dessin ; il aurait préféré une vie plus active ; du reste, pendant l'année qu'il passa à étudier le dessin, il ne montra que peu d'ardeur. Il éprouvait de violents maux de tête et des maux d'estomac qui, paraît-il, l'empêchaient de travailler. Puis un jour, sans raison, il se dégoûte, renonce à faire des études régulières et se place chez un entrepreneur de peintures comme décorateur ; il passe quelque temps après avec succès l'examen d'ouvrier d'art en vue de la dispense du service militaire. Pendant ce temps il continue à se livrer à la masturbation et à se procurer des sensations voluptueuses à l'aide des corsets à ce sujet ; il nous donne un détail intéressant : alors qu'on sait que physiologiquement il faut pour provoquer l'orgasme vénérien le contact d'une personne de sexe contraire ou tout au moins l'évocation mentale de cette image, Paul n'en a pas besoin, il s'imagine qu'il est lui-même la personne aimée, qu'il est une femme et que c'est avec lui-même qu'il pratique le coït ; il contemplait ses cuisses, ses mollets et leur trouvait une forme féminine. C'est donc comme une sorte d'hermaphrodisme mental.

Vers cette époque, il se rend à Paris où il est admis comme élève à l'Ecole des arts décoratifs : il y séjourna deux ans ; il s'ennuyait, dormait mal, était toujours fatigué, surtout le matin. Comme distraction, il n'en eut guère d'autre que la fréquentation des grands concerts et s'absorbait dans l'étude de la haute musique qu'il ne comprenait d'ailleurs pas. Il éprouva à cette époque des phénomènes d'audition colorée ; lorsqu'il fermait les yeux pendant l'exécution d'un morceau, il percevait des couleurs en relation avec les sentiments qu'exprimait la musique. Il ne fréquentait personne, vivait toujours seul et se livrait très fréquemment aux plaisirs solitaires qui l'affaiblissaient. C'est alors qu'il eut l'idée de connaître la structure de l'homme et d'étudier son cas : il dévora plus ou moins intelligemment toute une série de volumes, les uns faits à l'usage des gens du monde par de pseudo-médecins et qui ajoutèrent encore aux terreurs qu'il éprouvait vis-à-vis de l'inconnu féminin, d'autres terreurs tout aussi absurdes, celle des maladies vénériennes : il devint siphilophobe ; il eut une telle peur de l'infection luétique qu'il renonça à tout jamais à l'espoir d'un rapport normal ; d'autres ouvrages qu'il lut, dus à des médecins très distingués, lui firent connaître toutes les modalités, même les plus rares, de la neurasthénie et achevèrent de lui persuader qu'il était très gravement malade ; il lut même des livres sur l'instinct sexuel, ce qui contribua à le rendre de plus en plus triste et lui montra, ce qui n'est que trop vrai d'ailleurs, qu'il est un anormal, un

dégénéré; pour comble il lut Werther et partagea les désillusions du héros de Gœthe.

Heureusement pour lui, il fut appelé à faire son service militaire à Epinal. Là, les travaux pénibles qu'on exigeait de lui, les exercices de tous genres qui le forcèrent à sortir du cercle de son auto-contemplation, lui firent beaucoup de bien; il n'eut pas de temps à perdre à s'étudier et ses idées bizarres s'effacèrent pour un temps. Cependant plusieurs fois il se sentit comme attiré par l'eau et l'idée lui vint de s'y jeter, mais il eut toujours la possibilité de résister à cette impulsion. Une fois aussi il eut une sorte de colère avec agitation qui lui attira une punition assez grave.

A son retour du régiment, il reprit ses travaux de peinture dont quelques-uns furent assez bien réussis; pour parler plus exactement, il fit quelques études intéressantes, mais jamais il ne parvint à terminer un véritable tableau. Peu à peu il recommença à souffrir de troubles d'estomac, de douleurs à l'épigastre; puis, peu à peu, il néglige ses occupations, se plaint de bouffées de chaleur, de crises de colère et il s'abandonne de nouveau à ses anciennes idées; il se remet à rechercher la femme idéale et croit l'avoir trouvée dans une personne du quartier; mais il ne se sent pas le courage de lui déclarer sa flamme; lorsqu'il pense à cette *Dulcinée*, il s'excite et il lui faut alors avoir recours à des manœuvres solitaires. Furieux contre lui-même et contre les autres, il veut fuir la société des hommes, se retirer dans les bois, vivre seul comme cela arrive si souvent à ceux qui se livrent à des excès de ce genre. Lorsqu'il se trouve au milieu des siens, il devient exigeant, brutal, et, à la moindre contrariété, il casse tout et même menace sa grand-mère; c'est alors que le médecin de la famille, consulté, a parlé de grande hystérie et lui conseille de se livrer au coït de temps en temps. Pour obéir à ces sages conseils, Paul cherche à entrer en relation avec une femme de mœurs légères; il lui adresse des lettres « de gamin » et il est repoussé. Quelques mois plus tard, c'est-à-dire au printemps de 1902, il bombarde de vers une jeune laitière du voisinage qui répondait au nom poétique de *Béatrice*. Quels vers! on comprend sans peine que, malgré sa dépense d'éloquence, notre pauvre malade en ait été pour ses frais; jamais vers de mirliton ne furent plus ridicules; il lui parle de «coucher dans le grenier à foin». *Béatrice*, qui n'avait pas l'imagination si rêveuse et qui avait un fiancé qui l'épousa quelque temps après, accepta bien quelques rendez-vous, se moqua du poète; mais Paul fut encore déçu de ce côté. C'est alors qu'il tomba dans un état indescriptible, s'occupant de sciences transcendantes, étudiant pêle-mêle la religion, la littérature indoue, le brahmanisme et le bouddhisme, l'agriculture,

la zootechnie, la sociologie, la philosophie ; c'est alors qu'il fit des courses « folles » à bicyclette et que parfois il oubliait de manger, ne dormait plus ; il n'avait plus aucune érection.

Alors il prit une grande résolution, il voulut aller se livrer à la culture et chercha une place d'ouvrier agricole « dans le pays de ses ancêtres » ; il commença les durs travaux de la moisson, mais il ne put les supporter, il tomba tout à fait malade ; on le mit au lait, à l'eau de Vichy ; puis, peu à peu, grâce au traitement, il put recommencer à manger comme tout le monde ; mais il était profondément déprimé ; le matin en se levant il se plaignait d'être brisé de fatigue, il avait la sensation qu'il avait la tête serrée dans un étau, il avait des vertiges, le sommeil était léger, brûlures au creux de l'estomac, il se croyait atteint d'un cancer du foie, de la constipation et il s'imaginait avoir une maladie grave du rectum ; ce qui le frappait surtout, c'est que ses urines de la nuit déposaient le matin au fond du vase ; il les fit analyser plusieurs fois et on lui déclara qu'elles contenaient des phosphates ; il acheta un manuel d'analyse des urines et apprit lui-même à exécuter ce dosage ; il ne fit que trop bien usage de sa nouvelle science et, à la moindre variation, il devenait sombre, ne parlait plus, ne mangeait plus, ne voulait plus se lever ; à la moindre contrariété, il brisait tout chez lui et n'épargnait ni son frère ni sa grand-mère ; mais il se sentait faible au point de ne pouvoir « aller prendre un bock » le soir avec ses camarades. Mais une ou deux fois il éprouva une véritable obsession à marcher ; il partit de chez lui « comme un fou », franchit une dizaine de kilomètres, puis en revenant il eut un éblouissement. Le médecin consulté essaya de lui « remonter le moral » et lui ordonna une nourriture substantielle ; mais, dès qu'il avait un peu mangé, Paul s'imaginait que « son ganglion stomacal » était épuisé, qu'il était à soupe, que la sécrétion du suc gastrique était complètement tarie.

Un soir, il réunit sa famille, dicta ses dernières volontés, ses croyances philosophiques et religieuses, recommanda qu'on lui fit un enterrement civil ; puis, après cette scène de mélodrame, il demanda du chocolat, des dragées, du sucre, car il craignait que l'inanition ne lui causât une « embolie par congestion ». Il attendit ainsi la mort, s'endormit, puis se réveilla à deux heures du matin.

Le lendemain, sa famille l'amena à l'asile... A son entrée, il paraît calme et nous expose avec clarté les particularités de sa vie que nous venons de rapporter ; il nous dit qu'actuellement il se sent relativement bien, mais qu'il est très affaibli, qu'il éprouve des envies fréquentes de dormir, mais que son sommeil est très léger, que sa voix autrefois mâle et grave est devenue plus aiguë, et que parfois il est complètement aphone.

Il veut reconstituer ses cellules nerveuses et ses muscles ; il est persuadé que ces derniers organes sont atrophiés : il prétend sentir ces insertions musculaires, tant il a maigri. En réalité, Paul Ch... est d'une constitution lymphatique, il n'est pas très vigoureux, il est pâle mais il ne semble pas amaigri et ne présente aucune atrophie musculaire. Il a un peu d'exagération de la douleur à la piqure ; les autres modes de la sensibilité sont normaux. La réflexivité ne présente rien de particulier, sauf un certain degré d'exagération du réflexe patellaire. Le cœur est normal, le pouls régulier, aucun signe de tuberculose ; une cicatrice à la région antérieure du cou presque horizontale indique l'opération qu'on lui a faite.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'asile, Ch... tout en se faisant remarquer par de nombreuses bizarreries de caractère, se plaignait de troubles hypocondriaques, mais semblait s'intéresser aux paroles de consolation et d'encouragement que nous lui prodiguions, et aux quelques distractions qu'il pouvait avoir à l'asile ; mais peu à peu, il perdit l'appétit, refusa la nourriture, et on dut même pendant quelque temps l'alimenter à la sonde œsophagienne ; il se masturbait plusieurs fois par jour et même par nuit, ne voulait plus quitter son lit ; lorsqu'on le forçait à se lever, il se couchait partout, au milieu du jardin, dans le salon des pensionnaires, poussait de véritables hurlements, demandait à chaque minute qu'on lui tâtât le pouls, qu'on l'auscultât, en arriva même à gêner ; il avait perdu toute notion de civilité et de pudeur, racontait à tout le monde le nombre de fois qu'il s'était livré à l'onanisme ; il éprouvait de véritables paroxysmes d'anxiété, il avait une certaine conscience de son état et avouait que jamais malade n'avait été aussi ennuyeux que lui. Plusieurs fois il fit appeler le surveillant en chef pour lui dicter ses dernières volontés et même pour lui dire qu'il venait de se masturber. Sa malpropreté était extrême ; il se barbouillait avec ses excréments, buvait son urine, avalait son sperme, crachait partout.

Tout en cherchant à maintenir les forces de Ch... par une alimentation appropriée, par des fortifiants et par l'hydrothérapie tiède, on s'appliqua à lui faire suivre, avec beaucoup de persévérance, un traitement moral qui d'abord échoua complètement, mais qui depuis quelque temps semble donner de meilleurs résultats : il commence à se lever un peu, à être plus propre ; il se promène dans les jardins de l'établissement, mais il ne s'intéresse pas encore à beaucoup de choses ; il ne veut ni peindre ni dessiner, ni jouer du violon, mais il commence à faire la conversation avec les surveillants et avec les autres malades ; il a un peu maigri, mais l'appétit est bon et les forces reviennent.

En rapportant cette longue observation, nous n'avons pas l'intention de décrire une nouvelle forme de maladie, ni même une rareté clinique, mais seulement celle de montrer, après bien d'autres, combien sur certains terrains très prédisposés par la dégénérescence, la neurasthénie peut être grave et qu'il en est de cette névrose comme des autres qui, dans l'immense majorité des cas, n'entravent que légèrement la vie sociale, mais qui, dans quelques circonstances, peuvent nécessiter un séjour prolongé dans un asile d'aliénés.

DISCUSSION

M. VALLON demande à M. Wahl de préciser le fait de savoir s'il y a de l'épilepsie, ce qui n'est pas probable, ou de l'hystérie dans le cas de son malade qui a eu des vertiges et des accès ambulatoires.

M. WAHL reparlera plus tard de ce malade qui est en pleine évolution morbide et pourra devenir un dément précoce.

Un cas de paralysie générale traumatique,

par M. L. WAHL.

Le gendarme P... (Pierre), né le 6 août 1863, entre à l'asile d'Auxerre le 8 février 1904, avec tous les signes classiques de la paralysie générale au début de la deuxième période : Idées absurdes de grandeur, achats inconsidérés, troubles de la parole, inégalité pupillaire, incohérence, tremblement de la langue, exagération des réflexes patellaires. Ces symptômes étaient devenus manifestes depuis trois semaines environ, et ses chefs l'avaient consigné à la caserne depuis quelques jours. Transféré de l'hôpital de Joigny à l'asile, il était et est encore très agité et la maladie suit une marche progressive sans autre particularité que l'extrême violence du délire.

Le gendarme P... a été victime d'un traumatisme très grave : plaie contuse de la région pariétale gauche suite de chute de cheval dans un service commandé le 6 décembre 1891, ayant nécessité six semaines d'interruption de service. Le capitaine de l'arrondissement où

servait P..., et qui le considérait comme un excellent serviteur, eut la généreuse pensée de chercher à établir entre le traumatisme et la paralysie générale une relation de cause à effet, de façon à lui obtenir une retraite réversible en partie sur la tête de sa femme en cas de décès. Pour cela, il montra que jamais P... n'avait été reconnu malade pendant son service militaire, tant à l'époque où il était soldat, puis sous officier, que pendant les années où il a été gendarme. Or, il est permis de penser que, s'il eût été atteint de syphilis, cette maladie n'aurait pu passer inaperçue dans un corps où les soins médicaux sont donnés régulièrement, et où jamais P... n'a été noté comme présentant un signe quelconque qui rappelât l'infection vénérienne ou même une autre infection quelconque. L'enquête faite par les soins de la gendarmerie a montré que les parents de P... ne présentent pas de troubles mentaux, qu'il n'y a aucun aliéné dans sa famille et que ses parents sont morts à un âge avancé.

P..., qui a été constamment sous l'œil de ses chefs, ne peut être considéré comme ayant pu commettre en secret des excès de boisson. Force est donc d'admettre que le traumatisme a été la cause primordiale de la paralysie générale et que si P... était prédisposé, il ne l'était qu'à un degré extrêmement faible, puisque rien, dans ses antécédents personnels ou héréditaires, n'avait fait soupçonner de tare jusqu'au moment de l'éclosion de la paralysie générale.

L'autorité militaire a admis d'ailleurs que le traumatisme était la cause de la maladie de P..., puisque la commission de réforme, présidée par le général commandant la subdivision d'Auxerre, a admis ce gendarme au bénéfice d'une retraite pour infirmités résultant des suites d'une blessure reçue dans le service, et que le sous-intendant présent n'a émis aucune objection.

Cette décision est intéressante au point de vue de la jurisprudence médico-légale militaire; elle ne l'est pas moins par la quasi-certitude qu'elle donne que, dans certains cas, les paralysies générales peuvent être d'origine traumatique, comme mon excellent maître M. Valon l'avait montré dans sa thèse inaugurale et malgré les théories contraires qui ont pu être émises depuis.

DISCUSSION

M. JOFFROY. — On donne trop d'importance à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. C'est une erreur de raisonnement scientifique; il faut entre la syphilis et la paralysie générale un *lien* étiologique. Ici ce lien est le traumatisme, sans lui il n'y aurait pas de paralysie générale; donc le malade doit en bénéficier.

M. PACTET. — La question est actuellement posée par les compagnies. Je me suis trouvé en face de cette difficulté pour un cocher d'omnibus traumatisé devenu paralytique général. Dix-huit mois après, je me suis borné dans mon certificat à indiquer qu'un grand nombre d'auteurs admettent l'influence du traumatisme dans la production de la paralysie générale sans me croire autorisé, dans le cas particulier, à affirmer une relation de cause à effet entre le traumatisme et l'existence de la maladie.

M. CHRISTIAN. — Jamais, pour les militaires paralytiques généraux traumatiques de Charenton, la question de syphilis ne m'a été posée. Ils ont toujours bénéficié du traumatisme comme cause.

Un cas de mérycisme chez une démente précoce.

par M. G. DROMARD, interne des Asiles de la Seine.

Le mérycisme, qu'on a signalé chez un certain nombre d'idiots, est un phénomène plus rare chez les déments, et les cas de rumination nettement constatés, dans les démences vésaniques en particulier, sont assez clairsemés. L'observation suivante concerne une malade qui appartient au service de M. le D^r Sérienx, et qui doit prendre place dans le cadre de la *démence précoce*, pour les partisans de l'école d'Heidelberg. Toutefois, nous nous hâtons de préciser l'étiquette que nous employons, en observant que nous ne la faisons pas synonyme de « *démence des jeunes gens* », mais de « *démence primaire* ». Il s'agit en effet d'une affection ayant débuté vers l'âge de quarante ans, mais dont le trait essentiel

fut l'installation immédiate d'un affaiblissement intellectuel progressif ayant évolué en moins de six mois vers la démence.

M^{me} X... ne présente aucune tare dans ses antécédents familiaux. Elle a toujours joui, pour sa part, d'une excellente santé morale et physique. Nous notons seulement que plusieurs mois avant le début de sa maladie, elle se dépense en sollicitudes auprès d'un mari qui meurt d'une affection particulièrement longue et pénible pour l'entourage, et qu'à ce premier surmenage viennent s'ajouter, à dater de cette époque, les préoccupations d'un commerce important dont la responsabilité lui incombe désormais.

M^{me} X... manifeste tout d'abord des signes d'impatience et une activité inaccoutumée, sortant à chaque instant de sa maison, faisant mille courses inutiles, et paraissant présenter un certain ralentissement de l'activité intellectuelle en dépit d'une exagération d'activité motrice. Au bout de quelques mois, elle est prise d'une crise d'excitation avec désorientation dans le temps et dans l'espace, désordre dans les propos et dans les actes. On note à cette époque des troubles gastro-intestinaux, d'ailleurs transitoires. L'état de la malade nécessite son internement à Ville-Evrard en 1894.

Alors, les phénomènes aigus s'apaisent pour faire place à une phase de dépression semée çà et là de quelques raptus impulsifs. On constate des tendances catatoniques ; la malade refuse les aliments et oppose le mutisme. L'affaiblissement intellectuel s'accuse de jour en jour pour aboutir rapidement à l'état de déchéance définitive que nous observons aujourd'hui.

Cet état est caractérisé par des troubles profonds de l'attention, par une incapacité à peu près totale des associations, en dehors de celles qui touchent à la vie animale, et par une abolition complète des sentiments affectifs. Le visage hébété, l'œil fixe et atone, la malade ne répond pas à son nom, ne paraît pas comprendre les questions qu'on lui pose et ne prête aucun intérêt aux événements qui l'entourent. Elle paraît reconnaître les siens, mais leur visite lui est indifférente, et leur absence prolongée ne suscite aucune réclamation de sa part. Confinée dans une existence purement végétative, elle mange gloutonnement et défèque n'importe où, sans aucun respect des convenances. Ce sont à peu près là ses seules occupations. Quant à son activité de luxe, si l'on peut dire, elle la dépense en un petit nombre de mouvements toujours identiques et dont la série se reproduit automatiquement dans un jeu d'une monotonie remarquable. Elle tend presque invariablement le bras lorsqu'on passe près d'elle, et cherche vaguement à s'emparer

des objets qu'elle aperçoit, sans y fixer d'ailleurs aucune attention; souvent elle gonfle ses joues, puis elle projette avec bruit l'air emmagasiné dont elle favorise l'expulsion en imprimant avec ses deux poings fermés des pressions brusques et répétées de chaque côté du visage, ainsi que le font les enfants. Parfois, le front se plisse transversalement et le cuir chevelu glisse en arrière; les paupières clignent des deux côtés, s'ouvrent et se ferment vigoureusement, en même temps que les muscles du nez et des joues se contractent. D'autres fois, elle avance les lèvres en forme de museau, ou bien sa bouche s'allonge démesurément dans un rictus. Elle renifle bruyamment et fait claquer sa langue contre son palais. Très souvent elle se roule par terre, s'arrache les cheveux ou frappe ses mains l'une contre l'autre avec bruit.

Un phénomène plus intéressant se joint aux menues manifestations qui précèdent. La malade a la faculté de ramener dans sa bouche les aliments ingérés pour les soumettre à une nouvelle mastication. Cette faculté qui n'existait pas chez elle avant le début de l'affection, paraît avoir pris naissance de bonne heure, dès que la déchéance intellectuelle s'est accusée d'une façon sensible. Actuellement la rumination s'opère d'une manière classique. Elle se produit après chaque repas, le plus souvent au bout d'une heure. Les aliments remontent par gorgées successives et toutes les minutes environ. Ils ne sont l'objet d'aucune sélection. L'antipéristaltisme s'effectue sans effort. Au moment où il se produit, la malade contracte ses lèvres pour retenir dans sa bouche le bol récurrent, ses joues se gonflent; mais l'action des puissances musculaires du tronc est si peu sensible qu'elle échappe à l'œil de l'observateur. Les parcelles alimentaires ainsi ramenées dans la cavité buccale sont soumises à une trituration de quelques secondes, et un mouvement de meule nettement perceptible témoigne de cette opération. Celle-ci terminée, la malade rejette souvent au dehors quelques particules solides qui la gênent, puis, d'un revers de main ou avec sa manche, elle essuie ses lèvres.

Aucune affection d'estomac n'a été signalée antérieurement chez cette mérycole, en dehors des troubles gastro-intestinaux du début qui furent d'ailleurs passagers. Sa voracité, son défaut de mastication auraient pu, à la longue, provoquer chez elle une perturbation de la fonction gastrique et favoriser l'apparition du phénomène; mais la langue est bonne, l'appétit est conservé; les selles sont normales et régulières. L'absence de nausées, le défaut d'anxiété, l'aisance et le naturel qui président à l'exécution de l'acte témoignent d'une fonction désormais fixée et passée à l'état d'habitude.

Le mécanisme du phénomène en lui-même n'a pas

lien de nous arrêter, et il est probable que les conditions physiologiques étudiées par les auteurs en pareils cas lui sont applicables dans leur intégralité. Mais, par contre, il n'est pas indifférent de nous demander quelle interprétation le psychiatre peut invoquer quant à sa genèse. En d'autres termes, dans quelle catégorie le mérycisme pourrait-il trouver place, parmi les différents types d'accidents moteurs qu'on a décrits chez le dément précoce? Il s'agit là d'une habitude morbide, c'est-à-dire d'un acte se répétant toujours identique à lui-même, sans aucun effort, sans aucune intervention apparente de la volonté consciente, d'une façon purement automatique en un mot. A ce titre il serait assez séduisant d'en faire une véritable modalité de la *stéréotypie*. Pourtant certaines considérations psychologiques nous éloignent de cette conception. La stéréotypie vraie, qu'elle soit envisagée comme phénomène d'automatisme primitif ou d'automatisme secondaire, implique une absence complète de contenu émotionnel; c'est là un caractère fondamental dont elle ne peut se départir.

Or ici, les manifestations motrices à répétition que nous avons décrites sont elles réellement dénuées de ce contenu? Nous ne le croyons pas. La plupart des mouvements monotones qu'effectue cette malade constituent pour elle une sorte de jeu. Lorsqu'on l'observe on a l'impression d'un sujet qui dépense comme il peut son activité, activité misérablement exprimée, parce que misérablement conçue. C'est une façon de plaisir qu'il s'offre avec ses faibles moyens et suivant ses modestes aspirations; c'est un besoin naturel de sensation kinesthésique réalisé à peu de frais, une sorte d'activité arbitraire exploitée dans un but de satisfaction, et dont la psychologie est à rapprocher de celle de la danse chez les peuplades sauvages, de celle du jeu chez les enfants et les animaux.

Au reste, parmi ces mouvements monotones, et à l'inverse de ce qui se passe pour la plupart des stéréotypies, nous ne trouvons pas, à l'origine de la formule motrice, une idée délirante ou une habitude professionnelle antérieure. Cette activité, qui n'est pas le reliquat cristallisé d'un riche passé moteur comme l'activité stéréotypée, mais bien l'expression actuelle d'une motilité

pauvrement conçue, s'inspire, tout comme les mouvements de l'idiot, soit de l'imitation, soit de l'atavisme. C'est une interprétation analogue que nous croyons devoir attribuer aux phénomènes de rumination chez cette malade. Au moment où elle régurgite, sa physionomie exprime en effet une sorte de béatitude qui laisse à supposer une jouissance, un plaisir de luxe. Cette interprétation est d'ailleurs celle que donne M. Bourneville relativement au mérycisme de l'idiot, qui serait conditionné, d'après l'auteur, par la recherche d'une satisfaction spéciale. Ce rapprochement, d'ailleurs, n'a nullement lieu de nous surprendre. S'il est vrai qu'entre la mentalité du dément précoce et celle de l'idiot il existe une différence fondamentale en principe, il arrive un moment où cette différence s'aplanit, car on conçoit que chez le premier les éléments de la pensée, réapparaissant de moins en moins souvent dans le champ de la conscience, tendent à s'effacer et à disparaître. Leur nombre diminuant de plus en plus, il arrive un moment où le malade n'est plus un riche dont les capitaux sont immobilisés, mais bien un pauvre effectif, au même titre que l'idiot. On comprend dès lors que les manifestations de sa vie mentale restreinte puissent offrir des analogies avec celles qui traduisent la vie mentale de ce dernier.

DISCUSSION

M. CHRISTIAN. — C'est un abus de langage d'appliquer le mot de démence précoce à une femme de quarante ans. Il a bien vu aussi des cas de méricisme chez des déments *vraiment* précoces, des *jeunes gens*.

M. DROMARD fait remarquer qu'il a employé à dessein le terme de démence vésanique primaire en vue de cette objection.

M. VALLON. — Les travaux actuels font de la démence précoce, jadis bien nettement connue et définie, un fouillis inextricable et incompréhensible.

M. ARNAUD. — Morel et J. Falret en ont parlé il y a cinquante ans. « Démence précoce » pour eux ne pouvait s'appliquer qu'à des jeunes gens. On applique aujourd'hui ce terme d'une façon erronée ; tel qu'on l'emploie

il n'est que la traduction d'un terme allemand qui représente autre chose que la vraie démence précoce.

M. DOUTREBENTE. — A six époques différentes, Kraepelin a modifié son opinion sur ce qu'il appelle la démence précoce. Laissons venir une 7^e édition pour voir un nouveau changement d'avis.

M. COLIN est de cet avis. Le caractère de la démence précoce, caractère essentiel, est la jeunesse du sujet : il n'y a pas de démence précoce après vingt-cinq ans. C'est pourtant bien une entité pathologique définie.

M. TOULOUSE. — Avant de discuter celle des épithètes — primaire ou précoce — qui convient le mieux pour caractériser la démence vésanique dont nous nous occupons, on peut se demander préjudiciellement si le terme de démence est justifié. J'ai souvent constaté que des sujets présentant tous les signes décrits de démence précoce manifestaient, quand on savait provoquer patiemment leurs réponses — et parfois il est plus facile d'en obtenir par écrit — la conservation des principales connaissances acquises par ces individus. Ils se rappellent des faits précis de leur existence et des connaissances scolaires, peuvent faire du calcul ; et d'une manière générale la mémoire surtout ne paraît pas affaiblie. A ce point de vue, ils sont très différents des individus atteints de paralysie générale, type de la démence, où les faits intellectuels non seulement peuvent être troublés, mais sont en voie de disparition.

Il y a lieu aussi de remarquer que ces malades peuvent guérir à toutes les périodes de leur affection. C'est donc une démence bien singulière que celle où l'affaiblissement intellectuel n'est ni évident ni définitif.

Je me demande même s'il n'y aurait pas lieu de reviser le cadre et, outre les démences vésaniques, dont la démence précoce fait partie, de rechercher si réellement ces troubles mentaux méritent le nom de démence. Mon impression est que cette épithète n'est pas complètement justifiée.

M. DOUTREBENTE. — Les auteurs actuels admettent la curabilité de la démence précoce ; mais ils ont pris des confusions mentales pour des démences précoces et les auteurs allemands surtout se sont emballés plus encore et ont démesurement élargi le cadre de cette démence.

Un confus mental alcoolique qu'il a vu guérir sous ses yeux avait quelque temps auparavant été diagnostiqué dément précoce en Allemagne.

M. ARNAUD. — Les Allemands ont une grande responsabilité dans l'obscurité jetée sur cette question ; ils nous ont emprunté un terme qu'ils ont mal appliqué et qui nous revient avec toutes ces obscurités.

M. COLIN. — Y a-t-il ou non une maladie définie qui doive porter ce nom ? je crois que oui. Cette étude devrait être mise à l'ordre du jour de la Société.

La séance est levée à 6 heures.

Pour le Secrétaire des séances absent,

D^r F. BOISSIER.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1904

Présidence de M. BRUNET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin et Marie, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Régis, de Bordeaux, demandant à représenter officiellement la Société médico-psychologique au XII^e Congrès de la Société phréniastrique italienne, qui se tiendra à Gênes du 11 au 18 octobre prochain. — Accordé.

2° Des lettres de MM. Antonini, d'Udine (Italie) et Afranio Peixoto, de Rio-de-Janeiro (Brésil) remerciant la Société de les avoir nommés membres associés étrangers.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Contribution à l'étude de la paralysie générale* ; par M. Al. Pilez ;

2° *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de juillet ;

3° *La Tempérance*, numéro de juillet.

Mort de M. Mordret.

M. LE PRÉSIDENT. — La Société médico-psychologique vient de perdre un de ses membre correspondants les plus distingués, le D^r Mordret, qui succéda à M. Etoc-Demazy, comme médecin en chef de l'asile du Mans et y resta jusqu'au moment où il prit sa retraite, en 1893.

Ses nombreux travaux lui avaient acquis une grande réputation et l'avaient fait élire membres correspondant de l'Académie de médecine, en 1888, dont auparavant il avait été plusieurs fois lauréat.

M. Bourdin, dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques*, lui a consacré un article nécrologique dans lequel il lui adresse beaucoup d'éloges, à l'homme privé comme à l'homme de science. Je m'associe complètement à ces éloges justement mérités.

Rapports de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Vallon, Semelaigne et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le D^r José Ingegnieros, docent de pathologie nerveuse et mentale à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, qui pose sa candidature au titre de membre associé étranger.

Voici la brève énumération des travaux de notre confrère.

En 1898, au moment où se débattait la brûlante question des limites entre la République argentine et le Chili, le D^r José Ingegnieros fait une conférence sur *Le mensonge patriotique*, plaidant la cause de la paix internationale. Peu de temps après, il publie une monographie sur *La journée de travail*, démontrant les convenances économiques, physiologiques, hygiéniques et

sociales qui résulteraient d'un commun accord progressif.

En 1900, il publie des *Pages de psychiatrie criminelle*, exposant quelques idées neuves sur la matière. En janvier 1903, il fait paraître un volume : *La Psychopathologie dans l'art*, essai de critique scientifique appliquée à la littérature. En octobre de la même année, il publie en italien *La simulation de la folie* (*La simulazione della pazzia*), volume de 500 pages, édité par Bocca, dans la bibliothèque d'anthropologie juridique, et en même temps paraît à Buenos-Aires la traduction en langue castillane : *Simulacion de la locura*, édité par la *Semana medica*. L'auteur tient en préparation quatre autres livres : *Nouvelle classification des délinquants*, *Interprétation économique de l'histoire américaine*, *Essais de critique scientifique nerveuse* et *Etudes de pathologie mentale*.

Le Dr Jose Ingegnieros a écrit de nombreux articles dans les revues médicales ou scientifiques. Depuis janvier 1902, il dirige les *Archivos de Psichiatria y Criminologia*, qu'il a fondées, ayant pour collaborateurs Ramos Mejia, de Veiga, Nina Rodriguez, et autres spécialistes de l'Amérique du Sud. Parmi ses nombreux articles, on doit signaler les suivants. En sociologie : Le déterminisme évolutionniste dans la sociologie moderne; Bases du féminisme scientifique; L'amour multiple dans les futures relations sexuelles; Le socialisme dans la République argentine; Le premier mai, etc. Des articles de critique scientifique. En médecine légale : Psychiatrie et Criminologie; Valeur de la psychopathologie en anthropologie criminelle; Sur la folie des multitudes; Les aliénés délinquants; Dégénérescence névropathique chez les homicides impulsifs; Psychopathologie du langage musical; Démence précoce; Persécuteurs amoureux; Maladie de Korsakoff; Astasie-abasie hystérique; La suggestion dans la folie à deux. En octobre 1900, il fut nommé chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires; depuis 1902, il est professeur libre, chargé du cours de sémiologie clinique du système nerveux et médecin du pavillon d'observation des aliénés à l'hôpital Saint-Roch. En avril 1903, la municipalité de Buenos-Aires

l'a chargé d'étudier les conditions hygiéniques et sociales de la classe ouvrière.

Messieurs, je ne retiendrai pas plus longtemps votre attention, et je vous prie de ratifier par votre vote les conclusions du rapport de votre Commission, qui vous propose de décerner à M. le D^r José Ingegnieros le titre qu'il sollicite, de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. José Ingegnieros est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. PACTET. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Moreau, Vigouroux et Pactet, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Gimbal, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Ancien interne des asiles de la Seine, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, M. Gimbal n'est pas un inconnu pour vous, puisque votre Société lui a décerné cette année le prix Esquirol, pour une étude sur les incendiaires, envisagés au point de vue clinique et au point de vue médico-légal. Ce travail est basé sur un nombre respectable d'observations — plus de trente, je crois — recueillies par l'auteur dans son service de l'asile de Prémontré.

Antérieurement, M. Gimbal avait étudié, dans sa thèse de doctorat, la sitiophobie, dans les différentes formes de maladies mentales et le traitement de ce symptôme.

Il a publié aussi, dans la *Revue de Psychiatrie* de novembre 1902, une observation relative à un cas de paralysie générale chez un homme qui présenta les premiers symptômes de cette maladie six semaines après avoir fait une tentative de suicide, en se tirant un coup de revolver dans la tête, le projectile étant demeuré dans la substance cérébrale. Il examine à ce propos les diverses opinions émises par les auteurs sur l'influence du traumatisme dans la production de la paralysie générale et s'arrête à cette conclusion, la plus légitime, à mon avis, que la paralysie générale ne reconnaît pas une cause unique, mais est presque toujours la résultante de plusieurs causes combinées. Peut-être eût-il pu se demander si le traumatisme n'avait pas ouvert la porte à l'infection dont l'examen histologique révèle la

présence dans tous les cas de paralysie générale; mais je n'insiste pas, n'ayant qu'à faire un simple exposé et non une critique.

Enfin, il convient de citer également une observation parue dans le même journal, en janvier 1904, qui se rapporte à une malade atteinte d'hallucination auditive obsédante. L'auteur analyse finement l'état mental de la malade, il met bien en lumière la part qui revient à l'obsession dans la genèse du trouble sensoriel et le rôle primordial de celle-ci dans la constitution de cet état morbide particulier.

Messieurs, votre Commission estime qu'en s'attachant en qualité de membre correspondant M. Gimbal, la Société médico-psychologique s'adjoindra un collaborateur laborieux et instruit; aussi vous propose-t-elle d'accueillir favorablement sa demande.

Conformément à ces conclusions, M. Gimbal est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

*Les psychoses hépatiques. — Rapport
sur un travail de M. Mongeri, de Constantinople.*

M. DUPAIN. — Messieurs, M. le Dr Luigi Mongeri, aliéniste de l'hôpital royal italien et des hôpitaux : « International de la paix » et « Arménien du Saint-Sauveur », à Constantinople, a fait hommage à votre Société d'une brochure intitulée : « Les Psychoses hépatiques » (1).

Dans les premières pages de son travail, l'auteur expose que l'idée d'une intoxication de l'organisme humain par la rétention des produits qui s'élaborent dans son intimité, date des premiers temps de la médecine. Les anciens médecins avaient examiné et étudié chez les malades l'élimination de la sueur, de l'urine, de la bile, et sur ces observations ils basaient, en grande partie, leur pronostic. Dans les temps modernes, cette

(1) *Le psicosi epatiche*, par le Dott Luigi Mongeri, alienista del R° Ospedale italiano e degli ospedali « Internazionale della Pace » ed « armeno di Yedi Culé » in Constantinopoli. — Milano stab. tip. Marino Bellinzaghi, 1904.

idée de l'intoxication de l'organisme humain acquiert une importance beaucoup plus grande. L'organisme humain est une véritable officine de poisons, où s'élaborent journellement, en quantité, des éléments nocifs. Cet organisme est donc constamment exposé au danger d'une intoxication, à laquelle il succomberait facilement, si ce danger n'était pas conjuré par la présence de viscères chargés d'éliminer ou de transformer ces produits toxiques. Tant que ces viscères fonctionnent régulièrement, la santé se maintient satisfaisante ; mais la plus minime altération fait apparaître des troubles fonctionnels de diverse nature, principalement du système nerveux. Il suffit, par exemple, de citer le trouble intellectuel produit par l'ablation de la glande thyroïde, les modifications du caractère après la castration, les phénomènes graves d'intoxication dans les maladies rénales.

L'auteur se propose d'étudier plus spécialement les troubles nerveux d'origine hépatique. Il rappelle l'importance considérable du foie dans l'économie. Le foie n'est pas un simple obstacle interposé entre le tube digestif et le reste de l'organisme. Son action n'est pas limitée à émulsionner les corps gras, à fournir au sang la quantité de glycogène nécessaire à la vie, mais il a encore pour office de neutraliser et de détruire les principes toxiques provenant de l'estomac et de l'intestin, qui sont les déchets du travail cellulaire. L'importance de l'intégrité des fonctions du foie est donc très grande, surtout au point de vue de son action sur les toxines et les toxialbumines. Le travail de notre confrère a pour objet l'étude de cette forme mentale qui doit être attribuée, d'après lui, à un fonctionnement imparfait de la glande hépatique. Cette remarque n'est pas neuve, dit-il, puisque le Père de la médecine considérait l'*atrabile* comme la source de nombreuses maladies physiques et psychiques. Puis, passant aux auteurs modernes, le Dr Mongeri cite le travail publié en 1892 par notre collègue, M. Klippel, dans les *Archives générales de Médecine*, sur la folie hépatique ; et son deuxième mémoire de 1894, sur l'origine hépatique de certains délires alcooliques, dans lequel M. Klippel démontre que le délire des alcooliques n'est pas dû simplement à l'alcool, mais bien à la cellule hépatique

qui, lésée par l'alcool, n'est plus en état de s'opposer à l'auto-intoxication. Le malade délire surtout comme frappé dans son foie, devenu insuffisant. Le pronostic de sa maladie, comme son traitement, relève de l'état de la cellule hépatique (1). Le D^r Mongeri cite encore la communication de notre collègue, M. Vigouroux, à votre Société, sur les délires d'origine hépatique (2). Connaissant ces travaux sur la question, le D^r Mongeri s'est proposé de faire l'examen spécial du foie et de ses fonctions chez les malades confiés à ses soins dans l'hôpital arménien du Saint-Sauveur, à Constantinople, et il a constaté que les lésions fonctionnelles de la glande hépatique étaient, chez les aliénés, bien plus fréquentes qu'il ne l'avait pensé. Il croit pouvoir affirmer que les psychoses d'origine hépatique se présentent avec deux types bien distincts. Le premier ressemble beaucoup à la forme classique de la mélancolie avec stupenr. Le malade présente l'aspect mélancolique, et les idées tristes peuvent être assez accentuées pour provoquer le dégoût de la vie et, par suite, les tendances au suicide. Le second type présente les caractères d'un délire hallucinatoire aigu, soit avec exaltation, soit avec dépression psychique, mais toujours accompagné de confusion mentale. Souvent, ces deux formes se succèdent, on, pour mieux dire, souvent la forme maniaque fait suite à la forme mélancolique. Le premier type a, d'ordinaire, un pronostic heureux, mais on ne peut en dire autant du second, surtout lorsqu'il se présente d'emblée et non comme faisant suite au premier type.

Outre ces manifestations psychiques variées, ces malades présentent tous les symptômes d'une insuffisance hépatique atténuée : teinte subictérique, asthénie générale, troubles gastro-intestinaux variés, anorexie, fétidité des déjections alvines. L'analyse de l'urine démontre ordinairement la présence de l'urobiline, une diminution dans la sécrétion de l'urée, et une augmentation d'acide urique. Dans ces cas, la glycosurie alimentaire est positive.

(1) *Ann. méd.-psych.*, sept.-oct. 1894, p. 263.

(2) *Ann. méd.-psych.*, nov.-déc. 1882, p. 443.

Notre collègue donne ensuite l'observation très détaillée d'un malade, originaire de Monastir, qu'il a eu en traitement à la section des aliénés de l'hôpital arménien du Saint-Sauveur. Il s'agit d'un jardinier, d'une intelligence médiocre, qui avait l'habitude de boire dans l'après-midi, ainsi qu'il est d'usage, deux ou trois verres de *mastica* (sorte d'apéritif très alcoolisé). L'accès délirant maniaque était accompagné d'hallucinations : il voyait des flammes, entendait la voix de Dieu. L'épreuve de la glycosurie fut positive. Après un traitement, ayant pour base le régime lacté, les médicaments cholagogues, l'antisepsie intestinale, l'état du malade fut amélioré et l'épreuve de la glycosurie devint négative. Remis au régime ordinaire, ce jardinier eut une rechute. Enfin, il guérit quelques mois plus tard.

L'auteur pense que la forme maniaque de la folie hépatique est due très probablement à l'action sur la cellule corticale d'une substance toxique analogue aux alcaloïdes végétaux, qui pénètre dans la grande circulation à cause de l'insuffisance fonctionnelle de la glande hépatique (insuffisance biliaire).

En somme, la constatation d'un cas de psychose hépatique conduit à trois indications : reconnaître la lésion hépatique, cause de l'insuffisance du foie ; déterminer si la maladie mentale est due à l'insuffisance biliaire ou sanguine ; chercher à éliminer de l'organisation l'agent pathogène.

Ce travail de M. le Dr Luigi Mongeri, Messieurs, est intéressant à plusieurs titres. C'est une contribution de plus à l'étude de l'importante question des psychoses hépatiques.

Observation de paralytique général à réactions dangereuses,

par M. VIGOUROUX.

Dans une des dernières séances de la Société, notre collègue M. Pactet, après nous avoir rendu compte de l'accident survenu dans son service de Villejuif, insistait sur le caractère dangereux des réactions de certains

paralytiques généraux et nous apportait des faits précis sur lesquels était basée son opinion : « que la réputation de bonté, de douceur, de bienveillance faite aux paralytiques généraux était une réputation tout à fait usurpée ».

Il insistait sur ce fait, que le danger que font courir les paralytiques généraux résultait de l'affaiblissement intellectuel qui les laisse désarmés en face de l'automatisme impulsif.

La plupart de nos collègues, MM. Briand et Christian entre autres, ont partagé la manière de voir de M. Pactet et je crois que tous les médecins de services d'hommes vivant journellement au milieu d'un grand nombre de paralytiques généraux à toutes périodes ne peuvent pas avoir d'autre opinion.

Mais, à côté des réactions automatiques dangereuses, il existe chez les paralytiques généraux des réactions non moins dangereuses préméditées et voulues.

On a trop exagéré, à mon sens, le caractère global de la démence du paralytique général ; certes cette démence existe à la période ultime de la maladie, mais à la première et à la deuxième période, l'affaiblissement intellectuel n'est pas tel que certains malades ne puissent avoir une certaine conscience de leur situation et ne puissent vouloir et vouloir longtemps.

On est arrivé à faire de l'état mental du paralytique général un tableau par trop schématique et qui ne s'applique pas à tous les cas.

Les actes du paralytique général, dit-on, sont toujours marqués du cachet de la démence ; il ne peut plus vouloir, il ne peut plus désirer car ses déterminations sont mobiles et contradictoires ; toujours à l'appui de cette opinion, on cite l'exemple du paralytique général de Mendel qui, voulant s'asphyxier, ouvre la fenêtre pour éviter la toux et de celui qui, voulant se noyer, se retire de l'eau parce qu'il se rappelle qu'il est rhumatisant.

Ces types morbides existent, il n'y a pas à le mettre en doute ; mais la réalité clinique est plus complexe que cela.

Les exemples de paralytiques généraux ayant un délire absurde de richesse ou de grandeur et néanmoins

capable de préméditer une action sont certainement très nombreux.

Je ne rappellerai que l'agression préméditée dont fut victime M. le D^r Ritti dans le service de son collègue, M. Christian. Un paralytique général lui avait lancé sur l'œil un violent coup de poing, sa main étant armée d'un caillou.

M. le D^r Ritti, en rendant compte, dans les *Annales médico-psychologiques* (1890 septembre-octobre), de cet incident insiste sur la préméditation certaine et remarque que le malade, son agresseur, était entré présentant tous les symptômes de paralysie générale sauf cette bienveillance dont on a voulu gratifier ce genre de malades. « Je n'ai jamais cru pour ma part, ajoute-t-il, à cette inaltérable bienveillance des paralytiques généraux ; je suis payé pour ne jamais m'y fier. »

Je voudrais, à mon tour, relater l'observation d'un paralytique général avéré, présentant un délire de grandeurs aussi absurde que possible, et qui néanmoins, sait convaincre sa famille de la parfaite santé de son esprit, est capable de fomenter un complot pour tuer un infirmier ou le médecin, est capable enfin d'écrire une lettre vraisemblable à un directeur de journal, lettre qu'il signe du nom de sa femme. Il s'agit du nommé Au...

Au... Jules, fondateur en caractères, entre à l'asile, le 14 novembre 1903.

Le D^r Garnier, à l'infirmerie du Dépôt, avait porté le diagnostic de paralysie générale avec alcoolisme et intoxication saturnine. Il note de l'affaiblissement intellectuel, des idées de grandeur mobiles, naïves, contradictoires (délire d'énormité). Il va constituer à chaque ouvrier une rente viagère de 250.000 fr. ; il gagne des milliards, grâce à une pâte dentifrice qu'il a inventée. Il est le sauveur du monde, il remplacera Jésus-Christ... Il a inventé une brigade d'agents automatiques, etc. Embarras de la parole.

Le D^r Magnan confirme le diagnostic de paralysie générale avec hésitation de la parole et inégalité pupillaire.

A son entrée dans le service, nous notons le même état mental, de l'hésitation de la parole avec tremblement en masse de la langue, de l'inégalité pupillaire avec conservation des réflexes à la lumière et à l'accommodation, de l'exagération des réflexes rotuliens et un léger tremblement des mains ; les oreilles ne sont pas ourlées ; les muscles de la face sont animés

de tremblement fibrillaire quand il parle ; la face est rouge et congestionnée, la force musculaire est conservée. Il présente un léger liseré saturnin, mais nie avoir jamais eu d'accident saturnin. Il n'avoue pas d'excès alcooliques. Il a eu un chancre traité à l'hôpital du Midi, il y a dix-huit ans.

Les renseignements fournis par sa femme confirment qu'il n'était pas buveur.

Il n'a pas d'antécédents héréditaires. Un frère est tuberculeux ; il a un garçon de sept ans et demi bien portant.

Sa femme n'a pas eu de fausse couche, il ne travaille plus depuis deux mois et ce n'est que depuis cette époque que sa femme a remarqué qu'il devenait malade et qu'il manifestait des idées de grandeur et de richesse.

Il a été soigné quelque temps à la consultation externe de Sainte-Anne avant d'être interné.

Il avait fabriqué une pâte dentifrice : cendre, saindoux, eau de Cologne, et il espérait faire une fortune considérable en la vendant.

Quelques semaines après son entrée dans le service, ce malade se montre difficile à diriger et violent.

Il aide un autre paralytique général à sauter le mur en lui faisant la courte échelle et se fait une contusion à la jambe.

Il déclare pour se disculper qu'il ne l'a pas fait exprès (réponse bien marquée au cachet de la démence).

Il dit à sa femme qu'il s'étranglera ou se jettera par la fenêtre pour se tuer, s'il ne sort pas.

A ce même moment, il écrit au général André pour lui proposer des faucheuses automatiques blindées qui ne tuent pas les hommes, mais les amputent, voici quelques lignes de cette lettre :

« Monsieur le général André,

« Monsieur, je vais vous proposer mes nouvelles inventions, « je supprime l'armée vivante et je la remplace par une armée « automatique. Ma cavalerie fonctionne par un moteur à pétrole « et mes chevaux peuvent faire 40 kilomètres à l'heure, mon « infanterie étant remontée, marche quinze jours sans s'arrêter. « Je lance quarante régiments de cavalerie sur l'ennemi, mes « cuirassiers font de terribles moulinets avec leurs sabres et « hachent l'ennemi en morceaux, etc., etc. »

Passé au quartier des agités, il nous déclare un jour à la visite qu'il exige sa sortie et que si on le garde en prison sans motif *il aura notre peau*, et qu'alors on aura une raison de le conserver enfermé.

Il renouvelle ses menaces presque à toutes les visites, à moi-même et aux infirmiers. Il n'a pu se livrer à des violences à mon égard, grâce à une surveillance particulière.

Dans la journée il excitait les malades à l'évasion et réussit, en faisant la courte échelle, à faire évader un persécuté à réactions assez dangereuses, qu'on put arrêter heureusement à son arrivée à Paris.

Il fit également circuler une liste de protestation contre la mauvaise nourriture et les mauvais traitements, protestation qu'il fit signer par la plupart des agités et des déments.

Mais la tentative de violence la plus sérieuse qu'il fit eut lieu le 29 février 1904. Ce jour-là il pleuvait, les malades étaient mi-partie dans la salle de réunion, mi-partie dans le préau et un seul infirmier se trouvait dans la salle, le chef de quartier se trouvait dans une salle voisine et le second infirmier dans la cour. Un malade, dément précoce, s'excite et casse des carreaux, l'infirmier va à lui et s'occupe de le faire sortir de la salle.

Aussitôt A..... encourage les autres malades en disant : *C'est le moment d'en tuer un*, et les malades entourent l'infirmier. Le chef de quartier, entendant du bruit, accourt, mais déjà A... s'était jeté sur l'infirmier et cherchait à lui serrer la gorge. Il fut réduit à l'impuissance et isolé.

Le lendemain, à la visite, l'incident me fut signalé, je vérifiai que le malade A... avait quelques égratignures insignifiantes à la face et que l'infirmier portait des traces de contusion beaucoup plus importantes.

Cet incident était à peu près oublié, quand le Procureur de la République de Corbeil me transmit une plainte de la femme A... et me demandait un rapport à ce sujet.

A la lettre de M^{me} A... était jointe une lettre du malade adressée à un Directeur que je crois être un directeur de journal.

Je dois dire que mon rapport satisfait le Parquet et que l'affaire n'eut aucune suite.

Le 14 avril, un malade me remit une lettre qu'A... l'avait chargé de mettre à la poste. Cette lettre était adressée au directeur du journal *La Lanterne*, elle portait la signature de la femme du malade et semblait avoir été écrite par elle.

La voici :

Malakoff, 14 avril 1904.

« Monsieur,

« Mon mari ayant demandé audience à M. de Selves pour
« lui demander l'autorisation de monter des hommes sandwichs
« pour faire la réclame d'un nouveau produit dont il est l'in-
« venteur, une pâte dentifrice, on l'a interné dans l'asile d'alié-
« nés de Vaucluse où il est interné depuis cinq mois, de plus il
« a été à moitié étranglé sans motif par un gardien nommé
« Quérin, j'ai porté plainte au Procureur de la République de
« Corbeil et je n'ai pas eu de réponse, le gardien qui a frappé
« mon mari est toujours à l'asile. Mon mari avant d'être interné

« travaillait seul pour subvenir aux besoins du ménage, depuis
« cinq mois je suis sans ressources avec mon petit garçon qui a
« huit ans. Il y a trois mois que je réclame mon mari vu qu'il
« n'est pas malade et l'on ne veut pas me le rendre.

« Monsieur, seriez-vous assez bon pour vous occuper de son
« cas et de faire publier ma réclamation dans votre journal, dont
« mon mari est un lecteur depuis vingt ans. Recevez, Monsieur,
« mes salutations empressées,

« Femme A...

« Rue Danton, 22, Malakoff (Seine). »

Je me suis demandé si la lettre au Procureur n'avait pas la même origine.

Ajoutons que ce malade a su persuader sa femme, son frère, sa sœur, du parfait état de son intelligence et qu'il ne s'écoule pas de semaine où j'aie à répondre à une demande de sortie.

Enfin, le malade ne présente pas la moindre rémission réelle ni dans ses signes physiques de paralysie générale ni dans son délire.

Hier encore, en l'interrogeant avec précaution, il m'a fait part de ses projets de fortune par la pâte dentifrice et m'a décrit la faucheuse automobile de guerre.

Je pourrai encore à l'appui de cette thèse citer l'exemple de L..., paralytique général, interné pour la troisième fois, travaillant à la cuisine; il prévint sa femme que s'il ne sortait pas le jeudi suivant, il s'évaderait emportant deux couteaux de cuisine, l'un pour la tuer, l'autre pour se tuer ensuite. Huit jours après, nous trouvions dans la veste du malade les couteaux cachés et nous surprenions le malade en train de faire des préparatifs d'évasion. Lui aussi était capable de vouloir longtemps.

DISCUSSION

M. PACTET. — J'approuve l'opinion émise par M. Vigouroux et, à ce propos, je puis annoncer que le malade qui avait tué l'infirmier dans mon service est mort lui-même, il y a une quinzaine de jours. L'autopsie m'a permis de confirmer le diagnostic de paralysie générale. Durant sa vie, le malade n'a jamais avoué qu'il était l'auteur du meurtre; il l'attribuait toujours à l'un

ou à l'autre et même à moi ; et quand mes questions devenaient pressantes, il me menaçait de mort.

M. VALLON. — Pendant longtemps les paralytiques généraux agissent comme les gens réputés sains d'esprit. Leurs délits sont parfois très nombreux, mais ils ne sont pas tous marqués au coin de la démence, ils dénotent parfois une certaine habileté. Dans la paralysie générale le premier signe paraît être une déchéance du sens moral, seulement plus tard apparaissent l'affaiblissement intellectuel et les signes physiques.

J'ai observé une femme de trente ans, syphilitique. Elle dérobaît un objet et venait le lendemain en toucher la valeur en faisant un rendu. C'est déjà là un vol raisonné. Arrêtée, elle donne un faux nom, une fausse adresse, elle se défend avec énergie, elle présente une véritable facture du magasin, sur laquelle elle a ajouté la liste des objets dérobés. A ce moment elle ne présentait aucun signe physique ou intellectuel permettant de porter le diagnostic de paralysie générale. Toutefois, une ponction lombaire faite à l'Hôtel-Dieu avait permis de constater la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. J'attendis et, quelque temps plus tard, le diagnostic fut possible. C'était bien une paralytique générale.

M. TOULOUSE. — La paralysie générale étant une démence progressive, il est naturel que l'affaiblissement intellectuel soit moins prononcé au début et que, tant qu'il n'est pas trop accentué, il permette la préparation d'actes plus ou moins complexes ou difficiles, — et les actes délictueux ne sont pas plus difficiles par nature. M. Vigouroux a toutefois eu raison d'attirer l'attention sur des faits qui mettent en garde contre l'opinion schématique, d'après laquelle la paralysie générale est toujours et à tout moment accompagnée d'une démence complète. Mais si l'affaiblissement intellectuel du début est peu accentué, existe-t-il toujours à un degré quelconque ? Voilà ce que des observateurs ont nié. Pour moi, je n'ai jamais vu de paralytiques généraux — même au début de la maladie — sans faiblesse intellectuelle. Elle peut ne se manifester que sur un point, mais sur ce point elle est profonde.

M. VIGOUROUX. — Dans certains cas, les troubles

moteurs prédominant par suite de la localisation de la méningo-encéphalite et donnent lieu à la paralysie générale dite d'hôpital, par opposition à la paralysie générale dite d'asile. L'affaiblissement intellectuel existe, mais est peu apparent.

M. ARNAUD. — Je ne crois pas qu'il y ait de paralysie générale sans amoindrissement intellectuel, malgré l'opinion de certains auteurs.

M. COLIN. — Même chez les paralytiques généraux d'hôpitaux, comme ceux que j'ai vus à la Salpêtrière, on retrouve un fort affaiblissement intellectuel.

M. CHRISTIAN. — Jamais je n'ai vu de paralytiques généraux, même au début, sans diminution de l'intelligence. Les délires et les troubles moteurs vont toujours de pair.

M. GIMBAL. — Puisque s'agite la question de la prétendue bienveillance des paralytiques généraux, je crois utile de vous communiquer l'observation suivante. Il s'agit, d'une malade, sage-femme, paralytique générale, qui a accompli un crime professionnel, dans des conditions très particulières.

Actuellement cette malade présente des signes certains de paralysie générale. A côté de l'embarras de la parole, d'inégalité pupillaire, avec signe d'Argyl, de tremblement des mains, de la langue, des lèvres, on remarque encore un affaiblissement global des facultés intellectuelles, avec une teinte euphorique, sans délire à proprement parler, ce qui, du reste, constitue, chez la femme, la forme de paralysie générale la plus habituelle. A cela, s'ajoute un gâtisme complet et permanent.

Ce qu'il est intéressant de préciser, c'est la cause de l'internement de cette malade.

Il y a un an et demi environ, elle fut appelée en sa qualité de sage-femme auprès d'une parturiente. Elle fit l'accouchement, puis, elle perfora de sa main l'utérus et sortit de l'abdomen de l'accouchée tous les intestins qu'il renfermait.

A la suite de cet acte criminel professionnel, la sage-femme fut internée.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est qu'à aucun moment il n'a été possible de connaître les motifs pour lesquels cette sage-femme avait commis cet accouche-

ment monstrueux. Rien jusqu'alors n'avait attiré particulièrement l'attention sur elle.

Voici donc une paralytique générale au début, qui a commis un acte criminel, en dehors de toute prévision. Les actes des paralytiques généraux sont souvent le fait d'associations d'idées si défectueuses, si pathologiques, qu'ils apparaissent comme des phénomènes spontanés. Et c'est l'impossibilité dans laquelle on se trouve de prévoir leurs actes, qui rend parfois ces malades particulièrement dangereux.

La genèse de ces actes criminels peut être opposée à celle des actes criminels d'autres aliénés, des persécutés chroniques, qui raisonnent leurs réactions, chez lesquels ces réactions sont la conséquence d'associations d'idées logiques, quoique le point de départ de ces réactions soit des idées fixes.

Suicide et paralysie générale,

par MM. MARIE et VIOLETT.

L'intéressante communication de notre collègue, M. Pactet, au sujet d'un accident tragique récent, nous a conduit à rechercher, comme M. le D^r Vigouroux, en ce qui concerne les paralytiques généraux, certaines réactions dangereuses, rares et inusitées.

Le cas de M. Pactet se référait à l'homicide dans la paralysie générale; à propos de sa communication, plusieurs faits analogues furent cités, et nous-mêmes avons rappelé des faits semblables inédits, tirés de notre expérience personnelle.

Dans l'ordre d'idée du suicide, comme pour l'homicide, il est d'usage de considérer le paralytique comme ne se livrant pas à ce genre de réaction, ou du moins ne se livrant pas à des réactions sérieuses de cet ordre.

Parlant de ce genre de malades, les traités les plus en usage sont d'accord dans ce sens.

C'est ainsi que Magnan et Sérieux disent, avec raison, que les mobiles, comme les procédés d'exécution, des *tentatives de suicide*, d'ailleurs rares, de ces malades, sont généralement absurdes. « L'un sourit en racontant

qu'il voulait mourir; l'autre confie qu'il a l'intention de se suicider parce que ses meubles, qu'il attendait, n'arrivent point; celui-ci veut se noyer dans sa baignoire, plonge la tête, mais la sort ensuite pour respirer; celui-là prend une attitude théâtrale et, d'un ton déclamatoire, prévient le médecin qu'il veut se tuer. Une paralytique hallucinée entend dire : « Qu'ils se pendent »; elle cherche à se pendre également « pour faire comme eux ». Une autre s'empresse d'annoncer à son mari qu'elle fait repasser un couteau pour se tuer. Une malade qui veut s'asphyxier par le charbon ferme la clef de son poêle, mais, réfléchissant que la fumée va noircir ses rideaux, elle va ouvrir la fenêtre; un autre se jette à l'eau, puis regagne la rive, se souvenant qu'il était rhumatisant. »

M. Ritti dit de même dans le *Dictionnaire encyclopédique* : « Les motifs allégués par les paralytiques pour expliquer leurs tentatives de suicide, la manière dont ils accomplissent cet acte morbide, présentent le caractère de la déchéance intellectuelle dont ils sont atteints. Les idées qui les poussent à se tuer sont puériles le plus souvent; de plus elles ne présentent aucune fixité, et il est aisé d'en détourner les malades. Pour accomplir l'acte, les paralytiques généraux ne prennent aucune précaution et, contrairement à bien d'autres malades, ne s'en cachent nullement. Si l'idée de suicide présente chez eux peu de fixité, ils mettent aussi peu de ténacité à la mettre à exécution, ils s'arrêtent le plus souvent en chemin : telle cette malade qui, voulant se tuer, se plonge la tête dans sa baignoire et la retire quelques instants après pour respirer; tel aussi cet autre malade qui, voulant se noyer, entre dans l'eau jusqu'à mi-jambe, puis se met à nager et revient tranquillement à la rive (Darde. Du délire des actes dans la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1874). »

Ces considérations générales sont fort justes dans la majorité des cas; il n'en est pas moins vrai que des tentatives de suicides plus sérieuses et mieux coordonnées peuvent s'observer parfois chez des paralytiques généraux.

Tardieu (*La Folie*, p. 529) cite l'observation d'un paralytique général à idées hypocondriaques, bizarreries, aberration du sens génital, qui, pendant la période

secondaire de sa maladie, avait des idées de suicide qu'il ne mettait d'ailleurs jamais à exécution : « Il eût été imprudent, dit Tardieu, de s'approcher de lui quand, armé d'un rasoir, ou de tout autre instrument, il menaçait de se donner la mort, car il eût pu blesser grièvement ceux qui eussent agi de la sorte... Parfois il se jetait à terre comme un enfant, appelant la mort, et se disant prêt à la recevoir. »

Nous avons eu occasion d'observer dans la paralysie générale deux tentatives de suicide, qui furent suivies de complications mortelles, de telle sorte que l'on peut considérer ces malades comme morts des suites de leur réaction suicide.

Dans les deux cas, les tentatives de suicides furent faites avant l'internement.

OBS. I. — La première observation concerne un malade, P..., âgé de cinquante-trois ans, cordonnier, célibataire, syphilitique à l'âge de vingt et un ans, et ataxique depuis l'âge de quarante-sept ans.

Ce malade arriva à l'Hôtel-Dieu avec une plaie du pli du coude gauche, faite à l'aide d'un tranchet et sectionnant toutes les parties molles, muscles, vaisseaux et nerfs, jusqu'à l'articulation qui était ouverte. Cette plaie était le résultat d'une tentative de suicide exécutée par le malade dans une phase de désespérance, due à de longs mois de souffrance et de misère, par suite de l'ataxie préparalytique.

Le professeur Tillaux le transféra à Sainte-Anne où M. Magnan constata l'ataxie locomotrice syphilitique, la dépression mélancolique *ab miseria* et la tentative de suicide consécutive. Il y a, en outre, des troubles mentaux caractérisés par des divagations incohérentes, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, vision de personnages et d'animaux, accidents éthyliques probables surajoutés.

Réflexes abolis, troubles oculo-pupillaires, strabisme paralytique et ptosis incomplets, pupille gauche très dilatée, difficulté de la marche, tremblement de la langue et embarras de la parole, perte de la mémoire.

Entré le 19 mai 1900, ce malade, malgré les soins du chirurgien, mourut d'un phlegmon gangrené du bras gauche, avec septicémie, le 11 juin.

A l'autopsie, l'encéphale présentait des granulations ventriculaires et de l'opalescence de la pie-mère au niveau du bregma des deux côtés, ainsi qu'au niveau de l'extrémité occipitale, surtout à droite.

La pie-mère se décortique relativement bien, sauf en certains points où elle entraîne de nombreuses plaques de substance corticale au niveau des circonvolutions pariétales ascendantes et frontales supérieures droites et gauches, ainsi qu'au niveau des circonvolutions occipitales des deux côtés.

Durant son séjour à l'asile, le malade interrogé sur les raisons de son suicide exprimait très nettement, malgré ses troubles mentaux, qu'il était dû au sentiment de l'incurabilité de la maladie et des souffrances qu'il en appréhendait.

A l'occasion des pansements et des bains de bras, il protestait contre les soins chirurgicaux, exprimant l'espoir qu'ils seraient inutiles.

Il est à remarquer que la paralysie générale ici était à son début et d'une forme particulière, puisque associée à des troubles ataxiques nets préalables.

Obs. II. — Un autre paralytique, B..., âgé de trente-neuf ans, mort dans le service, avait fait, avant l'entrée, une tentative de suicide par coup de revolver dans la région du cœur.

Le coup, oblique, fit contourner la côte par la balle, qui se logea contre la colonne vertébrale en arrière du rein gauche. La raison de ce raptus suicide semble avoir été des conceptions délirantes de persécution, si l'on en juge par la correspondance que ce malade adressait de Dax, où il fit cette tentative au cours d'une tournée de voyages de commerce.

Il se croyait volé et menacé de cambriolage dans l'hôtel, se plaignant de trous faits dans le mur de la chambre pour violer son courrier. Ne buvait pas; avait eu, quelques mois avant, un ictus fugace avec aphasie passagère.

A l'entrée à l'asile où il est placé quinze jours après la tentative de suicide, il est reconnu atteint de paralysie générale, avec embarras de la parole, paresse des pupilles, syphilis ancienne, euphorie niaise associée à des idées de négation; on lui prend ses viscères, son cerveau; il insulte ses voisins qu'il accuse, se cramponne aux lits, aux chaises ou s'isole dans la cour en hurlant qu'on lui arrache la colonne vertébrale. Il se plaint surtout d'en souffrir au niveau de la région lombaire; l'analyse des urines décèle de l'albumine. La cicatrice d'entrée de la balle au niveau de la pointe du cœur est à peine perceptible. Après quelques mois, le malade cesse de se plaindre de l'arrachement de sa colonne vertébrale; il tombe dans la démence progressive, s'affaiblit et s'alite.

Enfin, il mourut le 17 février 1904, avec des accidents de péritonite subaiguë, caractérisés par un tympanisme, avec dépression du poulx, accompagné de vomissements poracés; au palper, le ventre est douloureux, surtout à gauche, particulièrement en remontant vers la région lombaire gauche.

C'est le côté où la balle déviée s'est perdue, ayant glissé obliquement le long des côtes, en bas et en arrière ; malheureusement l'autopsie fut empêchée par la famille et ne permit pas de vérifier exactement les dégâts produits par le projectile dans le rein et au voisinage. Les signes cliniques de paralysie générale étaient, d'autre part, assez nets et typiques, pour qu'on puisse l'affirmer sans confirmation nécropsique.

En reprenant les dossiers des suicidés observés à l'Asile de Villejuif depuis sa création, j'en ai relevé un exécuté dans l'asile par un paralytique, mort par pendaison, à l'aide de sa cravate accrochée à une bouche de chaleur, en cellule (1886).

C'était un paralytique à idées ambitieuses, mobiles et incohérentes, suivant les certificats de MM. Garnier, de Lamaestre et Vallon.

J'ai, d'autre part, compulsé les dossiers de paralytiques généraux morts dans le service depuis que j'y suis, et j'y ai relevé 4 cas de tentatives de suicides antérieures à l'entrée, 2 par coup de revolver, 1 par précipitation du cinquième, 1 par coup de rasoir à la région gauche du cou.

Pour le dernier, un premier internement avait été précédé d'un raptus suicide très net, au cours duquel le malade avait pris même des précautions préparatoires, telles que l'enlèvement de la coiffe de son chapeau et des marques de linge, pour n'être pas reconnu après qu'il se serait brûlé la cervelle.

Lors de sa rechute, ce malade, sorti en rémission, renouvela une tentative de suicide avant le premier internement, en cherchant à plusieurs reprises à se jeter à l'eau. Les deux premiers malades présentaient des traces de pénétration des balles, à la région du cœur pour l'un, à la tempe pour l'autre, et le quatrième avait une cicatrice de coupure à la peau. Ce dernier avait de l'alcoolisme surajouté à la paralysie générale, l'un des deux précédents avait eu des conceptions mélancoliques avec idées de culpabilité au début de la paralysie générale.

Viallon, dans son étude sur le suicide et la folie, relève, sur 123 paralytiques généraux, 6 tendances au suicide, soit 4.85 p. 100.

Sur les 150 paralytiques généraux du service, en de-

hors des décédés précités, nous avons relevé également 6 cas, parmi lesquels, il est vrai, quelques-uns pourraient être sujets à caution, comme diagnostic définitif de paralysie générale; aussi n'est-ce pas sans réserves que je donne ce chiffre de 6 paralytiques à tendance suicide.

Si maintenant nous réunissons tous les cas recueillis vivants ou décédés, on peut les grouper, selon la phase de la maladie à laquelle se sont manifestées les réactions suicides, selon le mode adopté et selon leur mécanisme psychique probable.

On remarque alors la notable prédominance des tendances suicides par suite de dépression mélancolique initiale presque toujours à la phase de début; dans deux cas cependant, les tendances ont marqué le début d'une rechute chez des paralytiques en rémission, alors que la première atteinte n'avait été accompagnée d'aucune tendance du même genre.

M. Ritti a montré la fréquence des influences héréditaires dans les manifestations du suicide; il était curieux de les rechercher dans les antécédents héréditaires de nos malades; nous avons pu les reconstituer pour quelques-uns, mais sans trouver des tendances mélancoliques ou suicides analogues.

Chez les grands-parents de nos malades, nous avons relevé du côté paternel deux cas d'ascendants paralysés à un âge avancé, 1 cas de mort subite à cheval (1) et 1 d'affaiblissement démentiel ayant failli motiver l'internement. Du côté des ascendants directs paternels: 1 père buveur mort brusquement, 1 autre mort de congestion cérébrale et 1 paralysé à cinquante-sept ans.

Ajoutons plusieurs oncles paternels paralysés et 1 à troubles mentaux père d'un épileptique.

Côté maternel: 1 tuberculose, 1 nervosisme, 1 attaque de paralysie à cinquante-huit ans, avec apoplexie.

Ajoutons 1 oncle maternel avec ramollissement cérébral et une tante paralysée.

En ligne collatérale, signalons encore une sœur ner-

(1) La circonstance particulière, être mort à cheval, semble écarter l'hypothèse d'un suicide méconnu.

vense, une sourde bizarre et 1 épileptique morte paralytique à l'Asile.

On le voit, c'est l'hérédité congestive surtout qui prévaut dans ces cas comme dans la plupart des cas de paralysie générale.

Tableau comparatif des genres de suicides.

Nature du suicide.	Armes à feu.	Armes tran- chantes.	Strangu- lation. Pendai- son.	Noyade et poison.	Précipi- tation.
Idées	»	»	»	»	1
Tentatives	3	3	3	1	1
Suicides réalisés. .	1	1	2	»	»
Totaux (16).	4	4	5	1	2

Tableau comparatif des tentatives de suicide selon les phases de la maladie et selon l'état mental constaté à l'entrée.

	Phase préparaly- tique.	Première période.	Deuxième période.
Etat dépressif	9	4	2
Etat exubérant et mé- galomanie	»	1	»

La plupart des auteurs ont signalé cette prédominance du suicide des paralytiques dans la forme dépressive.

« Les tentatives de suicides sont rares dans la paralysie générale à forme expansive, dit M. Ritti. Les cas qu'on cite sont relatifs surtout à des individus qui se livrent à cet acte par impatience, par dépit, parce qu'on leur refuse ce qu'ils demandent, parce qu'ils veulent sortir et qu'on les retient. Je citerai, comme exemple, le cas d'un malade que j'ai observé et qui présentait les symptômes les plus caractéristiques de la paralysie générale à forme expansive. Il promettait des décorations à tout le monde et voulait signer des billets de plusieurs millions pour enrichir les médecins qui le soignaient ; mais, parmi toutes les idées excentriques qui ne faisaient, le plus souvent, que traverser son esprit, il y en avait une

qui persista pendant plusieurs jours : il se croyait et se disait propriétaire des docks de Londres et voulait s'en aller pour les vendre. Ne pouvant mettre son projet à exécution, il assura qu'il se tuerait. Un jour, en effet, trompant la vigilance de ses gardiens, il parvint à s'emparer d'un couteau et se fit une égratignure au cou et une légère entaille au niveau du cœur; puis il alla lui-même raconter au surveillant ce qu'il venait de faire et les motifs qui l'avaient poussé à commettre cet acte (1). »

L'état de dépression de la phase préparalytique, en ce qui concerne la psychologie de ces suicidéurs, est très délicat à apprécier; il est permis de se demander si chez certains malades intelligents il n'y aurait pas parfois une sorte de désespérance légitime greffée sur la juste compréhension de l'avenir.

M. le professeur Fournier, à propos du suicide dans la syphilis, a émis une opinion qu'on pourrait considérer comme applicable parfois à ceux dont nous parlons.

La notion de la paralysie générale, de ses causes, de son évolution fatale et de sa gravité, est connue de bien des gens et le mot paralysie générale, imprudemment prononcé, est susceptible de produire sur certains malades le même bouleversement que le diagnostic de syphilis sur d'autres. De là au suicide il n'y a pas loin et il n'est pas toujours nécessaire qu'une prédisposition mélancolique ou dégénérative s'associe à la méningo-encéphalite pour entraîner ce genre de réaction dangereuse à la période initiale de la maladie, à la phase en quelque sorte préparalytique, à la fin de la phase de dynamie fonctionnelle, alors que le paralytique latent assiste presque conscient aux altérations premières, si inquiétantes, de la période prodromique. C'est le cas surtout des paralytiques sans délires dits « des hôpitaux », décrits par Requin et qu'on rencontre surtout aux consultations externes de la Salpêtrière, de Bicêtre et de l'Asile Clinique.

C'est aussi parfois le cas de certains paralytiques en rémission qui pressentent la rechute imminente; les

(1) Article *Suicide* du *Dictionnaire encyclopédique*, p. 316.

faux pas de la mémoire, les ictus fugaces du début, les troubles moteurs, les insomnies, le tonus insolite de l'état nerveux et psychique peuvent être, pour certains, un avertissement non trompeur, indépendamment de tout délire associé : plusieurs de nos malades ont été internés à la suite de tentatives de suicide avortées, exécutées avec une notion assez exacte de la situation terrible pressentie.

Ceux qui réussissent à se tuer, à cette période où la coordination cérébrale le permet encore, échappent *généralement* à l'observation du médecin d'asile : aussi a-t-on coutume d'enseigner que les paralytiques ne se suicident pas. Cela n'est vrai que des paralytiques avérés observés à l'asile, alors que la démence constituée, avec ou sans euphorie, écarte la possibilité de telles réactions. Encore des faits de suicide, dans ces conditions, existent-ils, puisque nous en avons relevé dans le service de Villejuif. — Il conviendrait en outre de citer un cas de pseudo-suicide par asphyxie à la suite de la déglutition d'un cataplasme de farine de lin. Observation antérieure publiée par M. le Dr Vallon.

On peut dire que le suicide, rare chez les paralytiques généraux confirmés, peut cependant s'observer à la phase initiale de la maladie ou de sa rechute et dans les formes dites des hôpitaux et sans délire, de Requin. Il peut, en effet, procéder tantôt d'un état dépressif délirant associé, tantôt d'une dépression légitime due à la compréhension de la gravité du mal chez les plus cultivés. A l'asile on peut encore observer des réactions suicides à une période plus au moins avancée de la maladie, mais elles perdent de plus en plus leur gravité en tant qu'effet.

On peut cependant observer exceptionnellement le suicide par conceptions mélancoliques ou de persécutions associées à la démence, surtout le pseudo-suicide, le malade se tuant sans le vouloir par mégalomanie ou démence, c'est à ce pseudo-suicide qu'appartient la mort du paralytique général se noyant, persuadé qu'il surnagera ; ce dernier cas a été observé à la Colonie familiale de Gheel, où sont placés de nombreux paralytiques, mais où les autres formes de suicide n'ont pas été observées chez ces malades.

« C'est parmi les paralytiques à forme expansive, dit M. Ritti, qu'on trouve parfois des morts accidentelles qu'on est porté à considérer comme des suicides. Le plus souvent les idées délirantes de grandeur sont la cause de l'accident : tel ce paralytique qui va se placer en face d'une locomotive en marche pour montrer qu'il est de force à pouvoir l'arrêter ; tel aussi cet autre qui, voulant prouver qu'il peut voler aussi bien qu'un oiseau, monte sur un arbre et se lance dans le vide (*l. c.*, p. 317). »

Nous venons nous-mêmes d'en observer un de ce genre qui s'est précipité, sans suites fâcheuses d'ailleurs, d'un imposte, « pour aller prendre l'air, disait-il, sachant bien qu'il était *incassable* ».

Les faits et considérations précédents montrent que les aliénés ne sauraient être en bloc déclarés dangereux ou non dangereux selon les maladies mentales, mais que les cas doivent être soigneusement individualisés.

Avec les maladies mentales au début, peut coexister une partie de mentalité normale avec tempérament et réactions fâcheuses relativement indépendantes parfois de la maladie.

La séance est levée à 6 heures.

DUPAIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1901

Archives de neurologie.

I. — *Epilepsie et fièvre typhoïde*; par le D^r A. Marie, de Villejuif, et M. J. Buvat, interne (numéro de janvier). — Au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde, les auteurs ont eu l'occasion d'observer l'évolution de la fièvre typhoïde chez quelques épileptiques. Deux malades, notamment, moururent en crises *subintrantes* avec *hyperthermie*, ce qui est en contradiction avec l'opinion classique qui veut que, dans toute affection aiguë, avec hyperthermie, la réapparition des crises épileptiques soit un phénomène favorable qui précède la défervescence.

Suivent les deux observations détaillées.

II. — *Deux nouveaux cas de folie gémellaire*; par le D^r A. Cullerre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (numéro de février). — Le nombre des cas de folie gémellaire jusqu'ici publiés est de trente et un. L'auteur vient ajouter à ce nombre deux observations nouvelles.

Pour qu'il y ait folie gémellaire, il faut qu'il y ait : 1° simultanéité dans l'éclosion et parallélisme au moins partiel des symptômes psychiques; 2° cours analogue de la maladie et terminaison identique; 3° origine spontanée du mal évoluant sur un même fonds organique. Seuls, les héréditaires dégénérés peuvent répondre à ce programme, et, en effet, dans le plus grand nombre des cas, c'est sur le terrain de la débilité mentale native et même de l'imbécillité que se développent les troubles intellectuels des jumeaux. Et il n'en saurait guère être autrement, la gémellité, au moins dans certains cas, paraissant être elle-même un fait de dégénérescence.

Il convient de ne pas attacher une importance exagérée aux trois conditions nécessaires pour le diagnostic de folie gémellaire.

L'observation montre qu'il faut plus s'attacher à l'ensemble des symptômes qu'à leurs détails; pas plus au point de vue pathologique que physiologique, quoiqu'en aient dit certains auteurs, il n'y a identité chez les jumeaux; il n'y a que des ressemblances dont la somme, dans une foule de cas, compense à peine, ou même ne compense pas celle des différences.

III. — *Idiotie microcéphalique : cerveau pseudo-kystique*; par les D^{rs} Bourneville et Oberthur (numéro d'avril). — La microcéphalie a pour cause des lésions très diverses : arrêt de développement des circonvolutions avec ou sans malformations, sclérose atrophique, méningo-encéphalite avec destruction de la plupart des circonvolutions, etc. L'observation clinique ici rapportée avec de minutieux détails appartient à cette dernière catégorie.

IV. — *L'épilepsie partielle. Pathogénie et traitement*; par le D^r Raymond (numéro de mai). — Après avoir résumé la découverte des centres moteurs de l'écorce cérébrale, le professeur rappelle que l'extirpation d'un centre moteur supprime la possibilité de développer expérimentalement des convulsions dans le groupe des muscles innervés par le centre extirpé; d'où ce corollaire : dans un cas d'épilepsie corticale, l'extirpation du centre convulsivogène devra, *a priori*, entraîner la suppression des accidents convulsifs.

Voici quels sont les résultats de l'application de ces vues théoriques :

A. — Une première catégorie de faits comprend les cas où le siège précis du centre moteur a été déterminé avant l'extirpation à l'aide de l'excitateur électrique. Ils sont au nombre de quinze : 1° dans cinq cas l'extirpation du centre épileptogène a été suivie d'un insuccès thérapeutique complet; 2° dans cinq cas, amélioration plus ou moins durable; 3° dans cinq cas, guérison durable.

Au sujet de la valeur des cas de cette dernière catégorie, des réserves sont à faire, à cause des récidives.

B. — Une seconde catégorie comprend les cas où, avant d'opérer, on s'est simplement guidé sur les données de l'anatomie topographique. On ne connaît que quatre cas de ce genre dont un suivi d'un échec complet et les autres de guérison, au moins momentanée.

C. — Une troisième catégorie comprend des cas d'épilepsie traumatique où on a procédé à l'extirpation d'un foyer morbide situé au voisinage du sillon de Rolando.

1° Trois cas ont abouti à un échec complet; 2° trois autres ont abouti à une amélioration très franche; 3° enfin dans six cas l'opération a été suivie de la suppression des attaques convulsives.

Ainsi donc, sur un total de trente et un cas d'épilepsie jacksonienne d'origine traumatique qui ont fait l'objet d'une intervention opératoire radicale, neuf ont abouti à un échec complet, neuf ont été améliorés et treize ont été donnés comme des exemples de guérison.

Le professeur termine cette leçon en insistant sur la complexité des phénomènes qui entourent l'explosion de l'épilepsie jacksonienne, ce qui explique l'incertitude des résultats opératoires.

V. — *Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire*; par le D^r E. Régis, chargé des cours des maladies mentales à l'Université de Bordeaux (numéro de juin). —

Il s'agit d'un cas de paralysie générale juvénile ayant débuté entre dix-sept et dix-huit ans chez un jeune homme syphilitique de père et de mère. La mère était en pleins accidents secondaires au moment de la naissance.

C'est le quatrième cas publié par M. Régis, qui a eu le mérite de donner en France le premier travail sur cette importante question.

VI. — *Un nouveau signe physique spécial à l'intoxication alcoolique. Le signe de Quinquaud*; par le D^r Ed. Aubry, interne à l'Asile de Maréville (numéro de juin). — Ce signe, décrit par le D^r Maridort, qui exerce aux environs de Rouen, par conséquent dans un milieu alcoolique, et dont la découverte doit être attribuée à Quinquaud, consiste en ceci : « Ordonner à l'individu d'écartier les doigts, de les étendre et de les appuyer fortement et perpendiculairement contre le fond de votre main; pendant les deux ou trois premières secondes, vous n'éprouvez rien d'extraordinaire, mais bientôt vous sentez des petits chocs, comme si les os de chaque doigt se repoussaient brusquement l'un l'autre et venaient frapper votre main. »

Ce signe, méthodiquement recherché chez les aliénés de diverses catégories, n'a été trouvé que dans le cas où l'alcoolisme était avéré à un degré quelconque.

VII. — *Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale*; par A. Marie, médecin de Villejuif et J.-B. Buvat, interne (numéro de juillet). — Travail clinique ayant pour but

de présenter trois observations nouvelles d'hallucinations psychomotrices chez des paralytiques.

VIII. — *Du sens génésique étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale*, par le D^r E. Marandon de Montyel, médecin en chef des Asiles de la Seine (numéro de juillet). — Chez les paralytiques, le sens génital est altéré dans la proportion de 93,5 p. 100; les altérations consistent en exagération, affaiblissement ou impuissance.

A l'asile, l'altération en moins est quatre fois plus fréquente que l'altération en plus.

L'étiologie alcoolique est celle qui engendrerait le plus d'altérations du sens génital. Elles ne jouent aucun rôle pour le pronostic de la maladie.

IX. — *Considérations statistiques sur le service d'observations gynécologiques de l'Asile public de Ville-Evrard en 1899*; par L. Picqué, chirurgien des Asiles de la Seine, et Febvré, médecin en chef de Ville-Evrard (numéro d'août). — Le nombre des malades examinées avec l'autorisation des familles a été de 66, qui ont fourni une proportion de 96,72 p. 100 d'affections gynécologiques; deux seulement étaient indemnes. Cinq seulement ont pu être opérées, les familles s'opposant, en règle générale, aux interventions, quelles qu'elles soient. C'est une situation fâcheuse; il serait à désirer que des mesures soient prises pour faciliter la pratique de la chirurgie chez les aliénés.

X. — *Sur un cas d'amnésie continue consécutif à une tentative de suicide par l'oxyde de carbone*; par Truelle et Petit (numéro d'août). — Observation clinique non susceptible d'analyse.

XI. — *Hystérie juvénile chez une fillette de douze ans. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète. Neuf crises d'amaurose double absolue. Perversion de la vision binoculaire; discussion*; par René Cruchet, interne des hôpitaux de Bordeaux (numéro de septembre). — Observation clinique suivie d'une discussion intéressante sur le centre psychique de la vision binoculaire.

XII. — *Délire aigu et urémie*; par A. Cullerre (numéro de décembre). — Le délire aigu est un syndrome d'origine variable, inanition prolongée, auto-intoxication, épuisement nerveux, etc. Il peut encore être la conséquence d'un mauvais état des reins ou même d'une néphrite méconnue. Le délire aigu n'est alors qu'une *psychose urémique suraiguë*. L'auteur présente deux observations à l'appui de son opinion. Le dia-

gnostic étiologique peut être facilité par les signes somatiques de l'urémie et surtout l'anurie.

On pourra aussi soupçonner le rôle d'un mauvais état des reins quand on aura constaté préalablement à l'invasion du délire aigu les phénomènes cataleptoïdes stuporeux qui signalent souvent les psychoses d'origine urémique.

XIII. — *Le mutisme hystérique dans l'histoire*; par le Dr Raoul Leroy, médecin adjoint de l'Asile d'Évreux (numéro de décembre). — Les cas de mutisme les plus prolongés sont ceux de Pitres (dix ans) et de Sédillot (douze ans). L'auteur en a trouvé dans l'histoire quelques cas curieux dont il donne la relation d'après les textes originaux.

Revue de psychiatrie.

I. — *Démence précoce par paralysie générale*; par les Drs Ed. Toulouse et L. Marchand (numéro de janvier). — Les rapports de la paralysie générale, infantile et juvénile avec l'idiotie et la démence précoce sont encore très mal connus. Si, quel que soit l'âge du sujet, cette maladie se présente anatomiquement sous un aspect identique, elle peut par contre déterminer, au point de vue mental, des dissemblances cliniques importantes.

L'observation présentée par les auteurs, et qui concerne une fille de vingt-trois ans, a pour but de démontrer que la paralysie générale juvénile peut être confondue avec l'hébéphrénie ou démence précoce.

II. — *Projection du rêve dans l'état de veille*; par les Drs H. Vaschide et P. Meunier (numéro de février). — Mémoire de psychologie pathologique basé sur l'observation d'une épileptique atteinte d'un délire de persécution et d'autres troubles délirants complexes engendrés par des rêves dont le souvenir à l'état de veille intervient comme chose vécue et non imaginaire. Dans une certaine mesure, elle se rend compte de la prédominance notoire que la vie du rêve exerce dans sa synthèse mentale, mais sa conscience reste inactive et n'exerce aucun rôle critique sur ce phénomène. Le délire hypnagogique est important en psychiatrie et mériterait d'être étudié de plus près.

III. — *La pseudo-paralysie générale arthritique*; par le Dr F. Pactet, médecin de l'Asile de Villejuif (numéro de mars). — Après avoir rappelé les travaux de M. Klippel sur les para-

lysies générales, M. Pactet donne une rapide description de ce que M. Klippel désigne sous le nom de pseudo-paralysie générale arthritique. Les lésions sont : l'athéromasie généralisée avec localisation plus grave à l'aorte ; l'épaississement des méninges, qui sont dépolies et n'adhèrent pas à la substance corticale ; la dégénérescence intense et diffuse des cellules cérébrales avec infiltration granulo-graisseuse des capillaires.

L'étiologie se rattache aux antécédents personnels des malades qui souvent sont rhumatisants, goutteux, graveleux, voire diabétiques, etc. Si quelques-uns sont âgés, d'autres n'ont pas dépassé la cinquantaine.

La symptomatologie est à peu près celle de la paralysie générale vulgaire avec quelques légères différences.

Le diagnostic est difficile. Un élément de diagnostic important est l'âge avancé du malade. L'existence de l'artéro-sclérose, sans être décisive, est d'un grand secours.

IV. — *Délire systématisé de rêve à rêve* ; par les D^{rs} Klippel et Trénaunay (numéro d'avril). — Observation très complète et très détaillée d'un mystique mégalomane et persécuté, dont l'intérêt consiste en ce que tous les faits que raconte le malade et qui touchent à son délire, répondent à la succession confuse et à l'enchaînement si particulier et si étrange des images oniriques ; toute l'expression de son délire est comme enveloppée des vapeurs du rêve, alors que le délirant ordinaire tire au moins partiellement ses conceptions délirantes de l'état de veille.

V. — *Que doit-on entendre par délire aigu ?* par les D^{rs} L. Marchand et Cl. Vurpas (numéro de mai). — Les auteurs, de la discussion à laquelle ils se livrent, concluent, en résumé, que le délire aigu n'est qu'un syndrome ; et encore présente-t-il de nombreuses variations symptomatiques. Son étiologie, sa pathogénie, sa marche, son anatomo-pathologie, n'ont rien de constant : « Le délire aigu n'est pas une maladie, ce n'est qu'une réaction du système nerveux tout entier à une infection grave, assez souvent mortelle, que celle-ci ait lieu dans des organes éloignés du système nerveux ou dans le système nerveux lui-même. Cette réaction n'est elle-même pas uniforme ; elle peut revêtir des aspects différents dont les deux types généraux sont la forme sthénique avec agitation et la forme asthénique avec torpeur ».

VI. — *Du rôle de l'image motrice dans l'automatisme psychologique* ; par les D^{rs} Vaschide et Cl. Vurpas (numéro de

juin). — Les auteurs ont pu étudier un sujet qui leur semble pouvoir jeter un certain jour sur le rôle de l'image motrice dans l'automatisme psychologique. Il s'agit d'une dégénérée qui semble n'avoir aucun pouvoir inhibiteur sur ses actions. Une idée lui vient à l'esprit, immédiatement l'acte s'ensuit. Les représentations mentales qui commandent l'acte ont chez elle une puissance inusitée. En somme, ce qui prédomine, dans l'ensemble des phénomènes pathologiques, c'est une exaltation de l'état moteur. Les sensibilités musculaire, tactile et articulaire sont intactes. Lui parle-t-on d'une personne qui marche, aussitôt elle commence à changer la position de son corps et prend l'attitude d'une personne qui fait un pas en avant. Veut-elle montrer comment elle s'y prenait pour renverser la table alors qu'elle était agitée, elle renverse subitement les tables du laboratoire avec tout ce qu'il y a dessus. Elle est poussée automatiquement à accomplir un acte aussitôt qu'elle en a la moindre idée précise. Les impulsions morbides et l'automatisme psychologique des aliénés sont destinés à apporter une contribution importante à « la psychologie normale ».

VII. — *Mécanisme de l'action des bromures avec hypochloruration*; par le D^r R.-J. Laufer (numéro de septembre). — De considérations théoriques et d'expériences de laboratoire, l'auteur croit pouvoir conclure, relativement à l'action des bromures avec l'hypochloruration, à une substitution, dans une certaine mesure, du brome au chlore. A cette substitution correspond une élimination moindre du brome lorsque le sujet suit un régime hypochloruré. Le sel, au contraire, chasse le brome de l'organisme et augmente son élimination, qui devient à la fois plus rapide et plus intense; il chasse également les phosphates. Le grand avantage de la méthode consiste, en définitive, dans une diminution de la dose du médicament administré.

VIII. — *Effets de la bromuration combinée avec l'hypochloruration sur les accès convulsifs et les équivalents psychiques épileptiques*; par les D^{rs} Ed. Toulouse et P. Meunier (numéro d'octobre). — Le fait clinique que présentent les auteurs tend à prouver que l'hypochloruration bromurée agit non seulement sur les accès et les vertiges épileptiques, mais encore sur les accidents délirants qui sont sous la dépendance du mal comitial et peuvent en être considérés comme des équivalents. Les accès de délire et d'agitation ont disparu sous l'influence du traitement combiné. D'autre part, le caractère de la maladie

est devenu tout à fait doux et facile, mais elle a présenté une faiblesse toujours accentuée de la mémoire.

IX. — *Influence de l'âge sur les troubles et les déformations des pupilles chez les vésaniques*; par le D^r Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Evrard (numéro de décembre). — Il résulte des constatations de l'auteur que l'âge des vésaniques serait sans influence sur la fréquence du myosis; sur le nombre des troubles réunis au même moment sur le même sujet; sur l'intensité des altérations du lumineux et de l'accommodateur; sur le nombre, la fréquence, l'étendue et l'unilatéralité des déformations.

C'est surtout aux âges extrêmes, avant trente ans et après cinquante ans, que les pupilles seraient altérées chez les vésaniques. Mais le nombre des malades examinés par l'auteur ne permet pas d'apporter des conclusions définitives.

Revue neurologique.

I. — *Le syndrome de Briquet. Un cas de paralysie diaphragmatique d'origine hystérique*; par le D^r Robinson (n° 2). — La paralysie hystérique du diaphragme est rare, jusqu'à présent on n'en connaissait que les deux cas publiés par Briquet. L'auteur en présente un troisième cas. Il s'agit d'un individu chez qui on avait diagnostiqué une symphyse pleurale avec rétraction pleuropulmonaire double. Antécédents névropathiques marqués, quelques stigmates de dégénérescence : idées mélancoliques et hypocondriaques, instabilité mentale, zones hystérogènes. Il présente sous forme d'accès des crises dyspnéiques caractérisées par l'immobilité de la partie inférieure du thorax, une inspiration presque nulle. Le creux épigastrique est attiré en arrière à chaque inspiration, tandis qu'il bombe pendant l'expiration. L'accès paraît subordonné à une intoxication alimentaire.

II. — *Un cas de torticolis mental*; par J. Séglas, médecin de Bicêtre (n° 3). — Dame de cinquante ans, neurasthénique, qui, depuis deux ans, consécutivement à des douleurs de la nuque, fut prise d'une véritable *obsession topoalgique*. Elle avait cru remarquer que l'inclinaison de la tête sur l'épaule les atténuait. Cette attitude de défense finit peu à peu par devenir un besoin irrésistible et par passer à l'état d'habitude inconsciente. D'abord, elle pouvait corriger cette attitude; mais à la suite d'une forte émotion morale, il survint des raideurs et des secousses dans les muscles sterno-mastoïdien et trapèze droits.

La simple apposition de la main gauche sur la joue correspondante suffit pour redresser la tête et la maintenir droite aussi longtemps que dure le contact. Les exercices gradués d'immobilité amenèrent une amélioration rapide; malheureusement la malade ne persévéra pas et ne tarda pas à en perdre le bénéfice.

III. — *Deux cas de polynévrite chez deux blennorrhagiques*; par F. Raymond, professeur de clinique des maladies du système nerveux et R. Cestan, chef de clinique (n° 4). — L'un de ces malades a été le sujet d'une leçon dont nous avons rendu compte dans notre compte rendu du *Progrès médical*.

Le second est un homme de quarante-quatre ans qui, au cours d'une blennorrhagie, est atteint de troubles portant exclusivement sur les membres inférieurs et consistant en une démarche parétique avec hyperesthésie le long du trajet des nerfs, abolition des réflexes tendineux.

IV. — *Narcolepsie et obésité*; par Paul Sainton, chef de clinique adjoint à la Faculté (n° 6). — Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, obèse, qui fut pris de crises de narcolepsie au moment où l'adiposité atteignait son summum et qui disparurent sous l'influence d'un régime approprié.

Parmi les particularités de cette observation, l'auteur relève la coexistence de l'insomnie avec la *narcolepsie*, coïncidence assez rare; l'invasion soudaine du sommeil qui ressemble à une attaque. Le malade n'étant ni albuminurique, ni diabétique, ni épileptique, ni hystérique, c'est donc l'obésité qu'il faut mettre en cause.

V. — *Contribution à la connaissance des idées obsédantes*; par L. Haskovec, de Prague (n° 7). — Ce travail a été communiqué au Congrès international de 1900 (section de psychiatrie). L'auteur, quelque soit le tableau clinique des phobies et des obsessions, les range dans les catégories suivantes :

1. — Idées fixes proprement dites. Symptôme de dégénérescence mentale, elles n'aboutissent régulièrement à aucune psychose.

3. — Phobies passagères et curables. Quelques obsessions peuvent aussi appartenir à ce groupe. Elles relèvent de la neurasthénie pure et simple.

3. — [Obsessions et phobies symptomatiques. a) appartenant aux névroses, hystérie, épilepsie, maladie de Basedow; b) appartenant aux intoxications.

4. — Prodromes des psychoses, mélancolie, paranoïa, paralysie générale.

VI. — *Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou*; par H. Meige et E. Feindel (n° 8). — Les tics ont une origine psychique. Au début et à propos d'une cause banale, généralement afin d'atténuer une gêne ou d'éviter une douleur, d'autres fois pour éprouver une sensation nouvelle qui semble agréable, le futur tiqueur veut faire un mouvement et l'exécute avec logique; il le répète d'abord judicieusement, mais peu à peu il le répète plus qu'il n'est raisonnable et cela devient une habitude irrésistible. Le tic est alors constitué.

De la connaissance de ce mécanisme doivent être tirées les indications du traitement qui sera avant tout psychique.

VII. — *L'aphasie hystérique*; par Georges Guillain, interne des hôpitaux (n° 8). — Observation clinique qui suggère à l'auteur les réflexions suivantes : L'hystérie est capable de créer des troubles du langage pouvant se présenter en clinique sous les aspects de l'aphasie motrice ou de l'aphasie sensorielle. L'agraphie hystérique, quoique exceptionnelle, existe, ainsi que l'aphasie motrice. On rencontre aussi la surdité verbale; mais ces modifications du langage sont tout à fait différentes de celles que l'on constate chez les aphasiques moteurs corticaux. Il est impossible de fixer actuellement les caractères de l'aphasie hystérique; toutefois il existe chez les hystériques de telles bizarreries dans l'aspect de l'affection, dans son évolution, que très rapidement la maladie pourra être reconnue.

VIII. — *Contribution à l'anatomie pathologique de la chorée héréditaire*; par les D^{rs} Launois, Paviot et Mouisset, médecins des hôpitaux de Lyon (n° 9). — Une seule lésion paraît constante et pathognomonique. Elle a été déjà décrite par Klebs et Greppin, les auteurs l'ont retrouvée dans leurs observations : « C'est l'infiltration par les grains de l'écorce « cérébrale et des gaines lymphatiques des cellules pyramidales « et polymorphes. C'est là la lésion la plus constante et la plus « évidente de la chorée héréditaire progressive, celle que les « observateurs les plus récents s'accordent à regarder comme le « substratum organique de la maladie. »

IX. — *Agénésie bilatérale des lobes frontaux chez une femme ayant présenté un développement intellectuel à peu près normal*; par Maurice Dide, médecin à l'Asile de Rennes (n° 8). — L'atrophie du lobe frontal est extrêmement rare. Ce cas concerne une femme, en apparence normale, mariée à vingt ans, ayant eu trois enfants, bonne ménagère, qui, à trente ans, fut impliquée dans une affaire de faux et condamnée et qui, de

chagrin, devint dipsomaniacque et enfin aliénée. Elle guérit et reprit sa vie ordinaire. Vingt-cinq ans plus tard, à cinquante-huit ans, elle redevint troublée avec penchant à boire. Enfermée de nouveau à Saint-Méen, on constate une démence organique avancée. Elle mourut, et à l'autopsie, on trouva un cerveau de 850 grammes sans le cervelet et l'isthme, et une atrophie très-manifeste des circonvolutions frontales. Les constatations histologiques permettent d'admettre qu'il s'agit d'un cas d'agénésie du lobe frontal.

L'auteur déclare que cette observation laisse subsister bien peu de chose de la vieille théorie qui localisait les processus intellectuels dans les lobes frontaux. Il ne semble pas, toutefois, que l'analyse de ce cas ait été poussée assez loin pour qu'on en puisse tirer des conclusions psychologiques quelconques. Dans certains milieux ruraux primitifs, la débilité mentale, voire même l'imbécillité, en raison des conditions très simples de l'existence, n'est pas exclusive d'une vie en apparence correcte.

X. — *L'auto-représentation de l'organisme chez quelques hystériques*; par le Dr G. Comar (n° 10). — Certaines hystériques dans l'état d'hypnose, non seulement peuvent éprouver nettement la sensation de certains organes, mais encore peuvent avoir conscience d'autres organes qui ne se révèlent jamais à nous dans aucun cas soit physiologique, soit pathologique. Elles peuvent, en quelque sorte, avoir conscience de la constitution anatomique de leurs organes.

Exemple : une hystérique décrit son cœur avec ses orifices, ses valvules et le sang qui y circule; une autre décrit son articulation coxo-fémorale; une autre son utérus, etc. Ces faits sont extraordinaires et l'auteur n'ose encore en tirer aucune conclusion physiologique et psychologique.

XI. — *La névroglie dans la paralysie générale*; par les Drs Anglade et Chocreaux (d'Alençon) (n° 14). — Rien n'est plus imprécis que nos connaissances sur les caractères pathologiques et la topographie de la névroglie dans la paralysie générale. Les auteurs ont trouvé réunies dans un cas une forme de sclérose névroglie qui leur paraît être un type dont les lésions que l'on trouve dans tous les cas de paralysie générale se rapprochent plus ou moins et dont-ils donnent une description minutieuse.

XII. — *A quelle partie de la molécule de cocaïne est due la psychose de cocaïne?* par Paul Heiberg (de Copenhague) (n° 14). — La psychose cocaïnique rappelle la psychose atropinique.

Cela doit tenir à ce que la molécule de cocaïne et celle d'atropine ont à peu près la même construction. Ces deux substances ont d'ailleurs beaucoup d'autres propriétés physiologiques communes.

Pour l'étude de la systématisation des psychoses d'intoxication, des considérations de ce genre deviendront de plus en plus nécessaires.

XIII. — *Sur la question de la valeur clinique idio-musculaire dans les maladies mentales*; par les D^{rs} Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine (de Moscou) (n° 15). — Ce signe s'obtient en frappant avec un marteau de percussion le biceps brachial. Il a été étudié surtout dans la monographie (russe) de Bernstein.

Les auteurs ont examiné 355 individus atteints d'affections psychiques : la contraction idio-musculaire manqua dans 15, 2 p. 100 des cas ; elle était très marquée dans 73, 8 p. 100, assez faible dans 11 p. 100. Elle existait donc d'une façon très marquée dans les trois quarts des cas. Mais, d'après les tableaux présentés, elle n'a évidemment aucune valeur diagnostique et n'est pathognomonique d'aucune psychose.

Son absence n'a, non plus, aucune valeur de ce genre. Ce que l'on peut dire, c'est que plus la nutrition du malade est insuffisante, plus il y a tendance à la contraction idio-musculaire ; ce qui pousse une fois de plus qu'il y a une connexion étroite entre les psychoses et les troubles généraux de la nutrition.

XIV. — *Troubles psychiques dans un cas de tumeur du lobe frontal* ; par Raymond Cestan et Paul Lejonne (n° 17). — Femme de trente trois ans, atteinte d'hémiplégie droite avec amaurose complète, troubles intellectuels et signes indubitables de tumeur cérébrale (céphalée, vomissements, épilepsie jacksonienne, amaurose) ; avant la maladie actuelle, le sujet avait un psychisme normal.

Les troubles intellectuels ont fait leur apparition dès le début de la maladie ; très légers alors que les signes de compression étaient à leur maximum, ils se sont exagérés peu à peu, ils ont consisté d'abord dans de la torpeur, de la dépression, de l'hypocondrie, des plaintes continuelles ; puis est survenue une euphorie remarquable avec satisfaction souriante. Mais l'intelligence est affaiblie et présente les caractères de l'indifférence et de la puérilité. La mémoire est nulle ; ce qui lui entre par une oreille lui sort aussitôt par l'autre.

A l'autopsie, on constata une tumeur du volume d'une orange au niveau du lobe frontal gauche. Elle a détruit les circonvolutions cérébrales avoisinantes, c'est-à-dire les deux tiers postérieurs de la première frontale, la deuxième frontale et le pied de la troisième un peu moins.

Les auteurs, à propos de ce cas, passent en revue les nombreux travaux concernant les relations du lobe frontal et des fonctions psychiques. Ils en concluent qu'il n'y a pas un *syndrome du lobe frontal*.

XV. — *Insolation et psychose*; par E. Régis (n° 17). — Observation clinique d'un jeune homme de vingt-six ans, frappé d'insolation aux colonies et qui en est revenu avec des troubles psychiques faits de confusion mentale avec délire hallucinatoire et suivis d'une obtusion avec amnésie à la fois rétrograde et antérograde ou de fixation, s'étant prolongée pendant de très longs mois.

L'insolation agirait donc sur le cerveau à la façon d'une intoxication (action du calorique sur le système nerveux, calorique poison).

XVI. — *Localisation d'une algie émotionnelle dans un testicule anormal*; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre (n° 18). — C'est un fait connu que sous l'influence des émotions, on voit se manifester les symptômes d'une faiblesse organique locale et congénitale ou acquise.

L'auteur en cite un certain nombre d'exemples avant d'exposer l'observation qui sert de base à son mémoire et qui concerne un homme de quarante-quatre ans, porteur d'un testicule incomplètement développé, qui, devenu neurasthénique, était pris de crises d'angoisse aiguë avec dyspnée, sueurs, etc., toujours accompagnées d'une violente douleur dans le testicule atrophié.

La première crise lui était survenue alors que, convalescent de diphtérie, il avait appris brusquement que deux ouvriers venaient de tomber à travers un vitrage.

XVII. — *Le centre cortical des fonctions de l'estomac, d'après un cas d'abcès du cerveau d'origine traumatique*; par Paul Sollier et Henri Delagénère (n° 22). — Les travaux d'Openchowski, Bechterew, Misloski et autres, ont mis en évidence l'existence chez les animaux de centres corticaux pour les fonctions de l'estomac et de l'intestin. Logiquement, ces centres doivent aussi exister chez l'homme. Par l'hypnotisme, chez certains sujets, M. Sollier a cru pouvoir déterminer le

centre de l'estomac dont le siège serait à la partie moyenne de la pariétale supérieure.

M. Delagénère a opéré un enfant de onze ans qui avait reçu un coup de pioche sur la tête à la partie postérieure et supérieure de la région pariétale gauche; il y avait enfoncement d'esquilles et abcès intéressant profondément la substance cérébrale. Pendant plusieurs mois, cet enfant présenta une voracité et un appétit disproportionnés avec son âge et sa taille. Cette boulimie avait frappé tous ceux qui soignaient l'enfant. Or, on constata que la lésion cérébrale occupait précisément le lobe pariétal entre les centres moteurs et le point indiqué par M. Sollier comme centre cortical de l'estomac.

XVIII. — *Audition colorée familiale*; par Laignel-Lavastine, interne des hôpitaux (n° 28). — Les cas publiés d'audition colorée familiale sont très rares; celui que donne l'auteur est des plus intéressants. Sur 11 membres de la famille dont 10 sont actuellement vivants, 9 ont de l'audition colorée dont les caractères généraux sont classiques: association d'images fixe, passive, subconsciente, n'apparaissant dans le champ de la vision mentale le plus souvent que sous l'influence de l'attention.

Pour M. Lavastine, il ne s'agit pas, dans ce cas, d'hérédité psychologique, mais de *contagion mentale*. L'habitude de vivre ensemble crée des similitudes de pensées, de sentiments, de manières d'être. Ce n'est qu'une hypothèse, mais qui paraît vraisemblable.

Le Progrès médical

I. — *Un cas d'affection familiale à symptômes cérébro-spinaux, diplégie spasmodique infantile et idiotie chez deux frères, atrophie du cervelet*; par Bourneville et Crouzon (n° 17).

— Divers travaux récents ont attiré l'attention sur les affections familiales du système nerveux. Les observations nouvelles présentées par les auteurs et dont les détails ne sont pas susceptibles d'analyse donnent lieu aux réflexions suivantes:

1° Ces enfants présentaient tous deux les symptômes cérébro-spinaux qui caractérisent la diplégie spasmodique cérébrale infantile. Tous deux étaient atteints d'idiotie complète. Il s'agit bien d'une affection familiale ayant débuté chez les deux à peu près au même âge et semblant indépendante de toute cause occasionnelle extérieure;

2° L'intérêt anatomique de l'autopsie de l'un de ces enfants réside dans l'atrophie cérébelleuse, lésion rare entre toutes. Mais le cervelet n'est pas seul atteint, car la moelle présentait la dégénérescence des faisceaux pyramidaux.

II. — *Idiotie myxœdémateuse; traitement thyroïdien*; par Bourneville et Laurens (n° 23). — Nouvelle observation de myxœdème infantile efficacement traité par l'opothérapie thyroïdienne à joindre aux nombreuses observations analogues déjà publiées par M. Bourneville. Cette fillette de dix ans a pris de la glande fraîche incorporée dans le potage à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. 25 par jour. Bien que ce traitement ait été suivi très irrégulièrement, il n'en a pas moins produit des résultats très heureux, au point de vue physique et mental.

III. — *Sur un cas de polynévrite généralisée avec diplégie faciale d'origine vraisemblablement blennorrhagique*; par le professeur Raymond (n° 30). — Les localisations de l'affection blennorrhagique se multiplient de plus en plus au fur et à mesure que l'observation devient plus attentive. Les déterminations anatomiques de cette infection sur les centres nerveux sont nombreuses : méningite spinale, myélite, accidents cérébraux par embolie, par encéphalite et enfin polynévrites. Le cas qu'étudie le professeur dans cette leçon appartient à cette dernière catégorie.

Il s'agit d'un homme de trente ans, sans tares nerveuses, ayant eu la syphilis et une blennorrhagie à vingt-deux ans.

En août dernier, il contracte une seconde blennorrhagie dont la période aiguë dure six semaines. L'écoulement était tari depuis quatre jours, quand il se mit à ressentir de l'engourdissement et des fourmillements dans les extrémités inférieures. En même temps l'écoulement reparut de plus belle. En l'espace de deux jours, l'impuissance motrice s'est accentuée au point que le malade, incapable de se soutenir sur ses jambes, est tombé en pleine rue.

Peu à peu, l'engourdissement et la parésie motrice gagnèrent les membres supérieurs et la face. Les muscles du tronc eux-mêmes furent pris.

Le malade ne pouvait ni souffler, ni siffler, ni fermer les yeux, preuve que les deux branches de la septième paire participaient à la paralysie des extrémités et du tronc. Pas de troubles sphinctériens. Hyperesthésie cutanée très vive, avec engourdissement et fourmillements généralisés.

L'amélioration se produisit d'une façon lente et progressive.

Il y avait abolition des réflexes tendineux, état douloureux des masses musculaires qui présentaient de l'atrophie diffuse aux membres inférieurs.

Le diagnostic se pose entre une *polyomyélite* ou une polynévrite. Mais ce dernier diagnostic s'impose pour des raisons cliniques nombreuses : marche extenso-progressive de l'affection ; atrophie musculaire diffuse partout, nulle part massive ; intégrité relative des réactions électriques ; troubles sensitifs prédominants ; marche régressive de la maladie vers une guérison complète.

L'étiologie de la polynévrite se résume dans ces trois termes : intoxication, auto-intoxication, infection. L'intervention possible de l'infection blennorrhagique n'est plus contestée ; dans l'espèce, l'invasion de la paralysie ayant coïncidé avec la suppression momentanée de l'écoulement, on doit admettre qu'il y a eu résorption du pus blennorrhagique ou de toxines dans les profondeurs de l'urèthre.

IV. — *L'état mental des tiqueurs* ; par H. Meige et F. Feindel (n° 36). — Le tic se compose de deux éléments : une manifestation motrice et un état mental particulier qui lui est intimement uni. A l'origine d'un tic, on retrouve presque toujours un acte volontaire ; l'acte, le geste, primitivement voulu et adapté à son but, est réitéré logiquement d'abord, puis, passant à l'état d'habitude, il se répète hors de propos alors que la cause qui l'avait provoqué n'existe plus et se maintient par suite de la faiblesse de la volonté du sujet qui, invariablement, au point de vue psychique, malgré des apparences parfois trompeuses, est un dégénéré.

L'étude de la mentalité des tiqueurs conduit à considérer dans leur état mental deux aspects : l'un foncier qui est caractérisé par l'infantilisme des facultés, l'autre qui se compose de troubles psychiques surajoutés affectant des formes diverses où l'on retrouve toujours une débilité profonde de la volonté.

V. — *Les troubles psychiques dans le paludisme* ; par le Dr Jean P. Cardamatis (n° 39). — Voici, en résumé, les conclusions de ce mémoire : 1° Parmi les troubles psychiques du paludisme, il y a à distinguer : (a) les troubles psycho-nerveux qui surviennent durant l'accès de la fièvre intermittente simple ; (b) les troubles qui se produisent pendant les mouvements fébriles et les intermittences des accès du paludisme chronique ; (c) les troubles psychiques observés au cours d'une fièvre rémittente ou d'un accès pernicieux ; (d) les psychoses qui

apparaissent au cours de la cachexie palustre. 2° Ces troubles psychiques ont une prédilection pour les personnes prédisposées aux états névropathiques ;

3° Le paludisme peut éveiller des prédispositions latentes à la neurasthénie, à l'hystérie, aux psychoses, ou aggraver ces maladies si elles existent ;

4° Le délire du paludisme est un délire onirique ; l'état délirant est provoqué par les hallucinations seules ;

5° Il y a une ivresse palustre qui comporte 4 degrés : l'excitation, l'anesthésie, le coma, la paralysie ;

6° Les psychoses aiguës se rencontrent aussi, mais rarement, dans le paludisme ;

7° Les troubles psychiques, dans le paludisme chronique, sont rares, et ceux qui surviennent longtemps après la guérison sont discutables.

D^r A. CULLERRE.

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of Insanity.

ANNÉE 1900

I. — *Rapports de la neurasthénie et de la folie ; base et traitement communs* ; par le D^r G.-W. Foster (numéro de janvier). — La neurasthénie, l'hystérie, la mélancolie, ont pour élément commun l'affaiblissement des cellules corticales du cerveau ; elles se transforment souvent de l'une à l'autre par des changements insensibles et peuvent avoir pour aboutissant commun la folie, dont elles marquent ainsi le point de départ. Le traitement qui leur convient est celui qui convient également à la folie, et il a pour base tout ce qui peut restaurer l'énergie de la vie physique, et en particulier le repos au lit, la suralimentation, une hydrothérapie judicieuse, en même temps que l'emploi de médicaments propres à calmer la surexcitation nerveuse, à combattre l'insomnie. L'isolement et le séjour dans des maisons spéciales leur est utile ; mais il faut que le traitement soit assez prolongé, au moins trois mois, car le temps est un facteur important du succès. Enfin les maisons spéciales dont il s'agit doivent être pourvues de tout ce qui fait l'agrément de

la vie, et les malades doivent y séjourner uniquement de leur plein gré.

II. — *Diagnostic différentiel des paralysies générales vraies ou fausses* ; par le D^r Arthur W. Hurd (numéro de janvier).

— Ce diagnostic est souvent difficile ; quand il y a du délire ambitieux, on est en droit de dire avec plus d'assurance qu'on a affaire à une vraie paralysie générale. Mais ce délire ambitieux semble devenir chaque jour plus rare, même chez les vrais paralytiques, et les formes qu'on observe sont plutôt mélancoliques ou démentes, et pour ces dernières la difficulté est en bien des cas très grande.

Deux sortes d'altérations cérébrales donnent le plus habituellement matière à incertitude, celles qui sont dues à la syphilis et à l'alcoolisme, indépendamment des cas où ces intoxications donnent lieu à de vraies paralysies générales.

Les troubles moteurs sont plus diffus dans l'alcoolisme chronique, et plus localisés dans la paralysie générale. Dans celle-ci, il y a plutôt de l'incoordination, et dans celui-là du tremblement. L'embarras de la parole est surtout le fait de la paralysie générale. La céphalalgie, les hallucinations, les anesthésies, sont du domaine de l'alcoolisme.

En ce qui concerne la syphilis cérébrale, ce qui doit y faire penser, ce sont notamment des paralysies isolées, comme celles des muscles de l'œil, de la névrite optique, de la céphalalgie nocturne, une cachexie rapide et prématurée.

L'agitation maniaque au début de la paralysie générale peut ne différer guère de la manie simple ; toutefois, la marque de la déchéance mentale s'accuse plus rapidement chez le paralytique agité que chez le maniaque.

La sénilité peut quelquefois revêtir l'apparence de la paralysie générale ; mais l'âge des malades doit servir d'élément de diagnostic.

Enfin, il peut arriver que l'intoxication saturnine prenne une apparence trompeuse ; mais ici la cause de la maladie est plus immédiatement palpable, et la connaissance d'accidents saturnins permet de faire la lumière.

III. — *Le système des colonies pour aliénés* ; par le D^r Herman Ostrander (numéro de janvier). — Aux Etats-Unis, on tend beaucoup à abandonner le système des grands bâtiments, tout en leur reconnaissant certains avantages réels, tant pour les malades que pour le service, et l'on s'applique à répartir les malades en petits groupes, dans de petits pavillons. A ce point

de vue, le système colonial offre de grands avantages qui sont de différentes sortes : il nécessite une moindre dépense pour la construction des bâtiments, il permet d'employer les malades, même un certain nombre de ceux qui sont agités, à des travaux variés, et à les mettre ainsi dans des conditions favorables à la guérison.

Le D^r Ostrander estime qu'environ 30 p. 100 des aliénés peuvent bénéficier du système colonial. Il demande que dans chaque bâtiment, on ne mette pas plus de vingt malades ensemble. Enfin, selon lui, la colonie ne doit pas être trop éloignée de l'asile principal.

IV. — *Anatomie pathologique générale des maladies mentales* ; par le D^r Henry J. Berkley (numéro de janvier). — Cet article est extrait d'un ouvrage alors sous presse, un traité de maladies mentales, reproduction des leçons faites par l'auteur, professeur à l'Université John Hopkins. L'analyse n'en est pas possible, et il faut se borner à constater qu'on y trouve bien présentées les lésions principales qui peuvent se rencontrer dans le crâne et le cerveau des aliénés, d'abord les lésions macroscopiques, puis les lésions révélées par le microscope, les lésions dégénératives des cellules, et les altérations des artères et des veines, notamment celles qui sont dues à la syphilis. Autant que possible, le D^r Berkley rapproche chaque ordre de lésions des maladies où elles se rencontrent le plus communément.

V. — *Numération des corpuscules blancs du sang dans quelques cas de paralysie générale* ; par le D^r F.-H. Jenks (numéro de janvier). — Neuf observations résumées. Les modifications survenues dans la quantité des globules blancs ne fournissent aucun appoint au diagnostic de la paralysie générale. Ce qui est le plus intéressant à noter ici c'est que, chez deux de ses malades, le D^r Jenks a constaté qu'à l'approche d'une attaque apoplectique, le nombre des globules blancs avait considérablement augmenté. Cependant cette augmentation ne présage pas nécessairement toujours qu'une attaque est imminente.

VI. — *Ce que les aliénés peuvent faire sous une bonne direction* ; par le D^r J.-T.-W. Rowe (numéro de janvier). — Des aliénés chroniques, conduits dans une colonie fermière à Long Island, y ont réalisé des travaux de toute nature, des améliorations importantes. Le travail auquel ils ont été soumis a produit sur eux le meilleur résultat, les amenant à avoir meilleure tenue et à chercher à se rendre utiles. On leur procure d'agréables

distractions qui rompent la monotonie de leur existence, et les bons résultats obtenus doivent encourager à multiplier les colonies du même genre.

VII. — *Aliénation mentale transitoire consécutive à de vives douleurs* ; par le D^r Henry J. Berkley (numéro de janvier). — Il s'agit ici d'une jeune femme que le D^r Berkley vit pour la première fois quand elle avait vingt-trois ans et qui, au moment d'une période menstruelle, ayant souffert de violentes douleurs névralgiques dans la région ovarienne, présenta d'abord de la confusion mentale, puis de l'agitation, le tout formant un accès qui ne dura que du soir au lendemain matin. A plusieurs reprises, lors des menstrues suivantes, elle eut, dans les mêmes conditions, d'autres accès identiques. On ne lui connaissait pas d'autres influences héréditaires que de la nervosité chez ses parents.

En présence de la répétition de ces accès de trouble mental, on résolut l'ablation des ovaires.

L'opération fut faite aisément et les suites, au point de vue chirurgical, en furent excellentes. Cependant, au moment correspondant aux périodes menstruelles suivantes, il y eut encore de la névralgie et d'autres accès de trouble mental. On eut recours aux toniques, aux calmants, on veilla à une bonne alimentation. Pendant plusieurs mois, cette jeune femme n'eut pas de nouvelle crise ; mais, au bout de quinze mois, elle en eut encore une, la dernière dont le D^r Berkley ait été témoin.

Cette femme avait un enfant qui, au temps de cette dernière crise, avait quatre ans ; il était bien développé et intelligent ; mais, à la moindre indisposition, il avait du délire et de l'agitation, et si l'indisposition se prolongeait, elle aboutissait à un état analogue à celui de la méningite : troubles musculaires, déviation des yeux, cris perçants répétés, inconscience, sans doute la fausse méningite hystérique.

VIII. — *Epilepsie, rachitisme et tempérament lymphatique* ; par le D^r A. P. Ohlmacher (numéro d'avril). — Attaché pendant trois ans à un asile spécial d'épileptiques, le D^r Ohlmacher y a fait bon nombre d'autopsies, dans lesquelles il a constaté la persistance très tardive du thymus. Considérant que cette glande persiste souvent chez des individus lymphatiques, qui ont une constitution rachitique, il est amené à établir une corrélation intime entre l'épilepsie et les troubles nutritifs dont il s'agit. Il appuie du reste son opinion sur celle de divers auteurs, notamment Holt et Gowers.

IX. — *Epilepsie avec amnésie rétrograde*; par le D^r Edward Cowles (numéro d'avril). — Histoire pathologique d'un nommé Almos Palmer, qui, accusé du meurtre de sa femme, fut déclaré irresponsable du fait d'une épilepsie impulsive. Cet homme avait été notoirement épileptique jusqu'à l'âge de quatorze ans; depuis lors, le grand mal semblait avoir disparu, mais on lui connaissait des attaques de petit mal. Un soir, d'une manière inopinée, et sans qu'il y eut à cet attentat aucune cause morale, il tua sa femme d'un coup de pistolet. Ceux qui le virent au moment du meurtre, notamment ses domestiques, crurent qu'il était bien conscient de ce qu'il venait de faire. Entre autres marques de conscience, il déplorait l'acte qu'il venait de commettre. Cependant, dès le lendemain, il ne s'en souvenait plus ou du moins ne se rappelait pas comment le fait s'était passé; puis, pour le temps immédiatement suivant, sa mémoire était très confuse, et la conscience réelle avait mis un certain temps à revenir. Cette lacune de mémoire fut constatée d'une manière absolument indubitable et les experts intervenus dans ce sens n'hésitèrent pas à reconnaître un accès impulsif d'épilepsie.

X. — *Stigmates de dégénérescence*; par le D^r Walter Channing (numéro d'avril). — L'article du D^r Channing se rapporte au même individu qui fait l'objet de l'article précédent, l'épileptique Palmer. Chargé de l'examiner au point de vue particulier de la dégénérescence, le D^r Channing en trouva chez lui plusieurs stigmates : conformation irrégulière du crâne, asymétrie de la face, implantation défectueuse et malformation des oreilles, étroitesse et profondeur exagérée de la voûte palatine, irrégularité des dents, déformation et irrégularité des épaules, scoliose vertébrale, enfin, et dans un autre ordre d'idées, débilité mentale notoire. Palmer avait eu dans son enfance un arrêt de développement dont son épilepsie était sans doute corrélative.

XI. — *Révision de loi sur les aliénés en Virginie*; par le D^r William Francis Drewry (numéro d'avril). — La particularité principale de cette loi c'est que, tandis que dans la loi ancienne l'aliéné était introduit dans un asile sur la seule intervention d'un magistrat, d'après la loi nouvelle ce magistrat devra être assisté de deux médecins qui établiront l'état du malade et certifieront la nécessité de l'interner. Et si les deux médecins ne s'entendent pas là-dessus, un troisième leur est adjoint. Autant que possible, le médecin habituel de l'aliéné

préssumé devra être un des deux appelés d'abord par le magistrat.

XII. — *De la conduite à tenir à l'égard des aliénés au point de vue médico-légal*; par le D^r Edward C. Runge (numéro d'avril). — L'auteur commence par établir qu'à son avis les aliénés ne peuvent être mieux soignés nulle part ailleurs que dans les établissements spéciaux. Il constate ensuite que pour protéger la société contre les aliénés, les asiles spéciaux sont nécessaires. Cela l'amène à examiner la valeur des décisions relatives à l'internement soumises à un jury ordinaire, composé d'hommes étrangers à la médecine mentale. Un jury de cette sorte commet souvent des erreurs, quelques-unes même grossières. Il devrait être remplacé par des commissions de médecins, experts dans les maladies mentales. Il y a quelques années, dans l'état de New-York, un bill dans ce sens avait été proposé, mais il n'a pas été adopté.

XIII. — *Le traitement des cas récents de folie*; par le D^r C. B. Burr (numéro d'avril). — Indication substantielle de ce qu'il convient de faire dans les divers cas de folie récente.

S'agit-il d'un malade agité? Il faut le tenir au lit, le séparer de ses parents, de ses amis, le confier à deux gardiens au moins, l'un de jour, l'autre de nuit. Il faut surveiller l'état de ses voies digestives, de ses fonctions rénales, lui donner du sommeil, l'alimenter convenablement et le tonifier de diverses manières.

Un malade déprimé réclame des soins à peu près identiques. Mais ici les toniques sont encore plus importants que dans l'autre cas et si, comme il arrive souvent, le malade refuse les aliments, il faut recourir à l'alimentation forcée. On doit, chez les mélancoliques, se défier beaucoup des idées de suicide, des auto-mutilations, des impulsions diverses.

Dans un cas comme dans l'autre, le placement dans un asile spécial est ordinairement ce qu'il y a de mieux, et à ce sujet le D^r Burr recommande de prendre tous les moyens possibles de combattre les préjugés populaires qui, trop souvent, font tarder de recourir à cet excellent moyen de traitement.

XIV. — *Programme des études de psychopathologie dans les asiles de l'état de Michigan*; par le D^r Theo Klingmann (numéro d'avril). — Nous ne pouvons que mentionner ce programme qui embrasse complètement le champ d'études à parcourir pour un cas donné de maladie mentale, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

XV. — *La construction des asiles d'aliénés depuis un siècle*; par le D^r Jos. G. Rogers (numéro de juillet). — Revue rapide des transformations survenues depuis un siècle dans la disposition générale des asiles d'aliénés; au début domine le système des bâtiments compacts, où l'on rapproche le plus possible les quartiers, les services, et où l'on entasse les malades dans des préaux étroits. Ensuite, on construit des asiles où domine encore la tendance à centraliser les services, mais où l'on espace les bâtiments; c'est le système des pavillons séparés.

Actuellement, on a tendance à moins centraliser; on dispose des petits groupes de bâtiments formant un tout homogène; on donne à ces bâtiments autant que possible l'aspect de maisons ordinaires et l'on s'efforce de donner à leurs habitants l'illusion de la vie commune.

Chaque système a ses inconvénients et ses avantages et, dans l'adoption de l'un ou de l'autre, il faut bien tenir compte de l'état et des tendances des malades.

Le D^r Rogers s'étend un peu sur divers détails de la construction même des bâtiments, sur les matériaux à employer et sur les divisions qu'il convient d'y introduire pour le classement des malades.

XVI. — *Mort déterminée par une cause rare dans un cas de démence paralytique*; par le D^r H. J. Berkley (numéro de juillet). — La mort soudaine est assez commune chez les paralytiques, à n'importe quel moment de la maladie; elle est due à des causes diverses, notamment aux apoplexies.

Le D^r Berkley rapporte brièvement le fait d'un homme de quarante-trois ans, atteint de paralysie générale. Il n'avait pas eu de période d'excitation, et avait versé directement dans la démence. Les troubles oculaires, l'embarras de la parole, le tremblement des muscles de la face et des mains avaient établi le diagnostic. Il mourut subitement au cours d'une pneumonie lobaire.

La particularité principale de l'autopsie fut la constatation d'une thrombose multiple des vaisseaux cérébraux, aussi bien dans les méninges que dans l'écorce cérébrale; dans le sang coagulé de cette thrombose on trouva des bactéries nombreuses, d'après lesquelles le D^r Berkley attribue à l'infection l'altération sanguine qui a déterminé rapidement la mort.

XVII. — *Séparation des tuberculeux dans les asiles d'aliénés*; par le D^r H. Harrington (numéro de juillet). — Dans les

hôpitaux d'aliénés, en Amérique comme ailleurs, il y a des tuberculeux en assez grand nombre.

D'après diverses statistiques, en certains hôpitaux on trouverait jusqu'à 60 p. 100 de décès causés par la tuberculose. Le D^r Harrington demande que l'exemple donné par quelques hôpitaux soit généralisé et qu'on établisse pour les tuberculeux des quartiers où ils seront séparés des autres malades, pour ne point exposer ceux-ci à l'infection.

XVIII. — *Folie légale et folie médicale. Réflexions sur un procès terminé par la condamnation de l'inculpé notoirement aliéné*; par le D^r C. P. Bancroft (numéro de juillet). — L'inculpé dont il s'agit était un mélancolique halluciné à idées de persécution et à idées de jalousie. Il tua une femme qui, après avoir été sa maîtresse, s'était éloignée de lui. Son meurtre avait été prémédité, et après l'avoir accompli, il chercha à se soustraire aux recherches de la justice.

Plusieurs médecins avaient reconnu qu'il était aliéné, et placé en observation dans un asile, il y avait donné des marques incontestables d'aliénation mentale.

Mais, se basant sur sa préméditation et sur ses efforts pour échapper à la justice, le ministère public et le président des assises réclamèrent néanmoins sa condamnation, établissant une distinction entre ce qu'ils appelèrent la folie médicale, qui prétend rendre irresponsable quiconque est aliéné, et la folie légale qui ne doit reconnaître l'irresponsabilité que des individus incapables de comprendre la portée de leurs actes et discerner le bien du mal.

A peine condamné, l'inculpé dut être conduit, sur l'ordre même du président des assises, dans un hôpital d'aliénés, en raison du trouble mental qu'il manifestait. N'eût-il pas bien mieux valu ne point faire à son sujet une distinction bien subtile et ne pas le faire condamner?

XIX. — *Trois cas de paralysie générale chez des jeunes femmes*; par le D^r L. W. Worcester (numéro de juillet). — Est-ce bien la paralysie générale qui était en cause dans ces trois cas?

Premier cas. — Jeune femme d'une famille de six enfants, dont la plus jeune, une fille, serait morte, elle aussi, à l'âge de dix-neuf ans d'une paralysie générale ayant commencé dans sa dixième année. Soupçon de syphilis chez le père. La malade dont il s'agit, décédée à l'âge de vingt et un ans, était atteinte depuis plusieurs années; elle avait environ quinze ans

quand on vit son intelligence s'affaiblir; sa parole s'était graduellement embarrassée; elle eut de l'inégalité pupillaire; à aucun moment, elle n'eut de l'excitation ou des idées délirantes. Elle s'affaiblit progressivement. Quelques mois avant sa mort, on lui constata de la tuberculose pulmonaire. Elle mourut presque inopinément.

A l'autopsie, on lui trouva la pie-mère épaissie, mais nullement adhérente. Les circonvolutions cérébrales paraissaient atrophiées. Le cerveau ne pesait que 885 grammes.

Deuxième cas. — Mulâtresse, décédée à l'âge de vingt-deux ans. Elle avait dix-neuf ans quand elle commença à présenter de l'affaiblissement intellectuel; sa parole s'embarrassa. On ne lui constata pas d'inégalité pupillaire. Un mois avant sa mort, elle commença à avoir des attaques convulsives qui se répétèrent. Elle s'éteignit dans le marasme.

Chez son père, comme chez celui de l'autre, soupçon de syphilis.

A l'autopsie, on lui trouva la pie-mère très épaissie, mais nullement adhérente. Son cerveau était sensiblement atrophié, il ne pesait que 855 grammes; les vaisseaux de l'écorce étaient dilatés et tortueux.

Troisième cas. — Jeune femme décédée à l'âge de vingt-cinq ans; admise une première fois dans un asile à l'âge de vingt-deux ans, en état d'agitation et d'incohérence mentale, elle ne présenta pas alors de signes de paralysie générale. On diagnostiqua une manie aiguë. Elle se calma et rentra chez elle, paraissant guérie. Deux ans après, nouvel internement. La malade était agitée surtout la nuit; elle était désordonnée, négligente. Sa parole s'embarrassa. La démence s'étant accentuée, la déchéance se manifesta. On lui reconnut de la tuberculose pulmonaire, qui sembla activer sa fin.

A l'autopsie, même constatation que chez les deux autres: une pie-mère épaissie, mais non adhérente. Atrophie cérébrale prononcée; poids du cerveau, 815 grammes.

XX. — *Les dégénérés dans l'armée*; par le Dr Chas. E. Woodruff (numéro de juillet). — Le Dr Woodruff, médecin militaire, dit que les dégénérés sont relativement rares dans l'armée des Etats-Unis. Ceux que l'on y trouve sont en même temps ceux qui se rendent coupables de fautes ou de délits; ainsi les déserteurs et les voleurs sont souvent des dégénérés. L'auteur donne brièvement l'histoire de dix déserteurs. Chez tous il y avait des marques de dégénérescence: vices de confor-

mation, troubles de développement, accidents nerveux divers, tendances irrégulières, stigmates d'un genre ou d'un autre.

XXI. — *Coup d'œil sur la statistique et l'histoire des aliénés en Virginie*; par le D^r R.-J. Preston (numéro d'octobre). — C'est dans la Virginie, en 1773, que fut érigé le premier asile d'aliénés de l'Amérique du Nord. Dans la première moitié du XIX^e siècle, les blancs aliénés étaient plus nombreux que les noirs. En 1860, les asiles de la Virginie contenaient environ cinq cents blancs et seulement cinquante ou soixante noirs. Mais de dix ans en dix ans, cette proportion s'est bien modifiée et en 1890 il y avait huit cent treize blancs contre onze cents noirs. Le D^r Preston n'indique ni les causes de ce changement de proportion ni les maladies mentales dont les noirs sont plus particulièrement affectés.

XXII. — *Considérations sur l'étiologie de la dégénérescence*; par le D^r Chas.-E. Woodruff (numéro d'octobre). — La dégénérescence n'est point une chose absolue, mais plutôt relative. Ce n'est point parce qu'un individu est différent de ses ancêtres qu'il est un dégénéré. Il faut tenir compte, à son endroit, des influences de l'évolution.

Le dégénéré, suivant le D^r Woodruff, c'est un homme normal qui a pris ses stigmates dans son développement et dans l'instabilité de son système nerveux. Notre auteur estime qu'un criminel, non plus qu'un aliéné, n'est pas nécessairement un dégénéré.

Quand la dégénérescence est profonde, l'individu ne peut guère en éviter les conséquences, surtout s'il est mal élevé et mal environné. Mais si elle n'est que superficielle, les influences du milieu où il aura vécu pourront le modifier favorablement.

Enfin, de même qu'il se fait de la dégénérescence, de même il peut se faire de la régénérescence, si le milieu et les fonctions de la vie s'y prêtent, et l'hérédité n'est point fatale.

XXIII. — *Démence précoce*; par le D^r Geo.-P. Sprague (numéro d'octobre). — Il y a un grand nombre d'aliénés chez qui, dès le principe, en raison des symptômes en quelque sorte paradoxaux qu'ils présentent, on peut prévoir l'incurabilité et qui versent promptement dans une démence véritable.

On voit cette démence primaire survenir chez des individus ayant un développement physique defectueux, chez des irritables, chez des adolescents dont l'hérédité mentale est chargée, chez ceux dont l'intelligence est prématurément surmenée; aussi est-elle plus fréquente dans la jeunesse.

Les symptômes du début sont multiformes; ils se modifient rapidement; on y peut voir des manifestations morbides variées, tous les aspects de la manie ou de la mélancolie ensemble ou séparément. L'aggravation est prompte et parfois, en quelques semaines, le malade arrive à la démence confirmée.

Il serait intéressant de déterminer si, malgré leur diversité d'aspect clinique, tous les cas de démence précoce ne reposent pas sur les mêmes altérations anatomiques du cerveau.

XXIV. — *Sur la responsabilité mentale*; par le D^r Charles-W. Hitchcock (numéro d'octobre). — La dégénérescence ne doit pas être nécessairement un motif d'irresponsabilité, et ce n'est point parce qu'un individu a une malformation quelconque, un crâne asymétrique, des oreilles mal plantées, qu'il est nécessairement un dégénéré.

Mais quel est le moment où la dégénérescence est synonyme d'irresponsabilité? Cela est difficile à déterminer et affaire d'appréciation pour chaque cas, jusqu'au jour où l'on aura pu établir un critérium unique.

Pour justifier ces considérations, le D^r Hitchcock rapporte l'histoire d'une femme de trente-quatre ans, inculpée de la mort de deux de ses enfants, qu'elle avait empoisonnés avec de la morphine, en même temps qu'elle-même faisait une tentative de suicide.

Cette femme était petite-fille d'un aliéné, atteint de délire de persécution; sa mère était une névropathe; elle-même après avoir eu du grand mal épileptique en son enfance, continuait d'avoir du petit mal. Jamais elle n'avait présenté d'indices de maladie mentale proprement dite. Elle était connue pour une femme remplissant habituellement bien ses devoirs maternels et aimant ses enfants. Son intelligence était médiocrement développée. Très malheureuse en ménage, elle se trouva insensiblement amenée à l'idée d'en finir avec la vie et de faire périr ses enfants en même temps qu'elle, et c'est ainsi qu'elle avait commis son attentat.

Chargé de l'examiner, le D^r Hitchcock estima que, non aliénée, elle était cependant une dégénérée, en raison de ses troubles nerveux, et réclama pour elle l'irresponsabilité. Le jury se rendit à son opinion et cette femme fut internée dans un asile d'aliénés.

XXV. — *La question de l'alcool*; par le D^r A. Forel (numéro d'octobre). — C'est un plaidoyer en faveur de l'abstinence complète de toute boisson alcoolique. Le D^r Forel con-

vient bien qu'une quantité modérée d'alcool ou de vin peut être sans danger ; mais où se trouve la limite ? Mieux vaut s'abstenir complètement.

L'abstinence ne peut guère être commandée par les lois ; ce doit plutôt être affaire d'éducation et d'influence morale.

XXVI. -- *Les aliénés dans les hôpitaux généraux* ; par le D^r J.-M. Mosher. — Il serait utile que les hôpitaux ordinaires eussent un quartier, un service destiné aux cas aigus d'aliénation mentale. Dans bien des cas, les familles hésitent à recourir d'emblée à l'asile spécial ; elles attendent pour cela d'avoir en quelque sorte la main forcée, ce qui peut avoir parfois des conséquences regrettables. Le quartier d'hôpital leur éviterait ainsi bien des mécomptes.

L'Etat d'Albany a réalisé cela en pratique et l'hôpital ordinaire a été pourvu d'un quartier consacré spécialement aux cas aigus de folie. Ce quartier ne doit être qu'un intermédiaire pour les cas graves et peut être suffisant pour les accès légers et courts de maladie mentale.

VICTOR PARANT.

BIBLIOGRAPHIE

Die Mimik des Menschen auf Grund voluntarischer Psychologie (La mimique humaine dans la sphère de la psychologie volitive); par Henri Hughes, 1 vol. in-8°, Francfort-sur-Mein, 1900.

« Après l'écroulement de Babel, dit l'auteur dans sa pré-introduction en vers, une infinie variété de langues surgirent; la mimique seule demeura commune à tous les pays; mais, tandis que des monceaux de parchemins nous enseignent les mille formes verbales et constructions philologiques successives, infime est le nombre des savants qui, jusqu'à cette heure, ont développé sous nos yeux le fonds énigmatique d'où procède le *jeu des mines*... » C'est une lacune à combler. Du reste, l'heure présente est toute aux faits : alors que la première moitié du XIX^e siècle s'était adonnée surtout à des considérations spéculatives, la seconde se prononce pour l'action énergique; c'est ainsi que l'art et la philosophie, en premier lieu maîtres souverains du domaine intellectuel, durent céder la place à la technique et à la médecine; pareille évolution s'impose également en psychologie, cette base de toutes les connaissances mentales. L'auteur a donc assumé la tâche de mettre en lumière les relations existantes entre la plupart des mouvements psychiques et ceux du corps; c'est là le but de son ouvrage où des faits précis ont seuls trouvé place et qu'illustrent heureusement pour l'agrément de la vue et l'intelligence du texte des photographures, des dessins, des schémas et des paradigmes aussi nombreux que variés; ajoutons que les mathématiques supérieures y trouvent, aussi, bonne place.

Vouloir analyser un pareil travail, qui n'est lui-même qu'une longue analyse, serait chose téméraire; il constitue, à proprement parler, une forte masse d'éléments notés avec une brièveté toute scientifique et de valeur égale dans leur enchaînement; on ne saurait donc choisir sans risquer d'être mal habile. Tout au plus, pourrait-on essayer d'esquisser à grand traits le plan général d'où naquit ce volume.

L'auteur définit, d'abord, la mimique; il fait, ensuite, l'histoire de cette science à travers les âges et rapporte la bibliographie de la question. Puis, il aborde les bases psychologiques de la mimique, examine les méthodes d'observation à pratiquer à son endroit, sa valeur en tant que processus individuel, ses différences selon l'âge, le sexe, le tempérament, la maladie (aliénation), etc.; son importance comme processus général et social, en retrace le développement historique et, enfin, signale ses rapports avec l'art. La deuxième partie met en évidence, organe par organe, avec pièces anatomiques démonstratives, les mouvements isolés de la face et, la suivante, les mouvements particuliers du corps. Les chapitres subséquents traitent de l'expression des émotions et de ses modes, énoncent un certain nombre de principes (Principes d'analyse, de relativité, d'unité, d'actualité, etc.), déterminent l'essence de l'impulsion et ses diverses combinaisons comme éléments de la volonté, puis étudient successivement dans leurs manifestations mimiques : les sentiments (au nombre de quatre : Sentiments de désir, de satisfaction, de détermination ou de choix, d'attraction ou de penchant); les mouvements de l'esprit et de la volonté; l'humeur (sous ses deux aspects, joyeux et triste, avec appréciation des différents degrés de ceux-ci); l'attention et l'insouciance (même étude); le penchant et l'éloignement (id.): la considération et le dédain (id.).

L'ouvrage se termine par un double Index alphabétique des noms d'auteurs et des principales matières figurant au cours de son développement.

E. NICOLAU.

Les symptômes catatoniques. Leur mécanisme et valeur clinique;
par le D^r Soutzo (fils), de Bucarest; brochure de 40 pages
en roumain, 1908.

Question d'actualité encore fortement discutée. L'auteur, dans un travail de critique, à l'aide des données historiques et cliniques, s'efforce de démontrer la valeur diagnostique du complexe symptomatique catatonique et d'expliquer son mécanisme physio-psycho-pathologique.

Voici les conclusions auxquelles il arrive :

Le négativisme, la stéréotypie, la stupeur catatonique, la suggestibilité, d'autre part l'excitation catatonique, les actes

impulsifs, etc., etc., envisagés comme des signes catatoniques, constituent des éléments de diagnostic d'un gros intérêt. Mais pour qu'ils obtiennent leur réelle valeur, on doit connaître leur caractère spécial, la manière dont ils apparaissent en clinique et le mécanisme qui leur a donné naissance, mécanisme qui est commun à l'ensemble du complexe.

Les symptômes catatoniques sont toujours l'effet d'une ruine cérébrale. Les facultés supérieures altérées par le processus morbide, toute inhibition ou excitation d'ordre supérieur disparaît plus ou moins, et par suite, comme compensation, des manifestations d'ordre inférieur — mécanismes sous-corticaux probablement — arrivent à se trahir au dehors.

Le fond démentiel qui donne naissance de préférence à ce syndrome est celui créé par le processus morbide spécial de la démence précoce : c'est une désagrégation particulière qui se passe du côté de la mentalité.

Les symptômes catatoniques apparaissent d'une façon frappante dans la période finale de l'affection et surtout dans une de ses modalités cliniques connue sous le nom de forme catatonique (Kraepelin).

En outre la connaissance exacte de ces vrais signes morbides nous donne la clef du pronostic : la présence des manifestations catatoniques, surtout dans un grand nombre, nous indique presque toujours une évolution ultérieure défavorable.

D^r SOUTZO fils, de Bucarest.

Donne-uomini. Contributo allo studio della omosessualità (Les femmes-hommes. Contribution à l'étude de l'homo-sexualité); par le D^r Selvatico Estense. Broch. in-8°. Extrait de la *Rivista mensile di psichiatria forense antropologia criminale e scienze affini*, 1904, fasc. 1.

L'auteur rapporte les principaux cas connus de cette anomalie, soit comme habitude collective chez certains peuples plus ou moins sauvages (Amazone de l'Antiquité, de la Bohême au VIII^e siècle, de l'Amérique, de l'Afrique centrale), soit chez des sujets isolés, dont les plus célèbres sont le domestique de Comerson, compagnon de Bougainville, le chevalier d'Eon, la comtesse habillée en homme de Krafft-Ebing, et plus récemment Blanche d'O... et la fille du duc de M... et le plus intéressant, celui du D^r J. Barry, mort en 1865 avec le grade d'ins-

pecteur général des hôpitaux de l'armée anglaise et qui dut à sa parenté avec les premières familles de l'Angleterre de pouvoir obtenir malgré son sexe un grade dans l'armée. Ensuite l'auteur rappelle que, pour les uns, l'homosexualité est une dégénérescence fonctionnelle et un phénomène nerveux congénital le plus souvent dû à l'hérédité (Krafft-Ebing), mais que des causes occasionnelles peuvent faire éclater (Moll); elle n'est pour Bloch qu'un résultat de l'éducation et de l'ambiance et sur laquelle la prédisposition héréditaire n'a qu'un rôle obscur et peu vraisemblable. Estense conclut que si l'hérédité a un grand rôle dans l'étiologie de cet état particulier, il n'en est pas moins vrai que l'éducation paradoxale que certains parents bizarres donnent à leurs enfants les prédisposent d'une façon spéciale à cette anomalie. On doit éviter aussi bien l'absurde éducation de gynécée trop répandue dans nos pays latins que l'abus des sports, si fréquent ailleurs; trop exclusives, l'une ou l'autre de ces méthodes favorisent l'apparition des troubles nerveux chez les prédisposés.

D^r WAHL.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Tenth annual report of the state asylum for the chronic insane of Pennsylvania, for the year ending september 30, 1903. 39 pages in-8° avec planches, South Mountain, Wernerville P. O., 1903.

— Primary lateral sclerosis. A clinical Lecture; par le D^r F.-W. Langdon, de Cincinnati. 16 pages in-12. Extrait de la *Cincinnati Lancet-clinic*, janvier 1904.

— Progressive Paralysis und berühmte Leute; par P.-J. Möbius. 1 page in-4°. Extrait du *Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift*, 1904.

— Biennial report of the trustees and superintendent of the state insane hospital of Mississippi from october 1, 1901, to october 1, 1903. 89 pages in-8°. Nashville, Tenn., 1903.

— Poliomyelitis anterior acuta. A clinical lecture; par le D^r F.-W. Langdon. 4 pages in-4°. Extrait de la *Medical index-Lancet*, mars 1904.

— La rage expérimentale à virus fixe et ses lésions histologiques; par le D^r Charles Ladame, médecin-assistant de l'asile de Céry (Suisse). 96 pages in-8° avec figures. Extrait du *Journal de Neurologie*, 1904, n^{os} 4 et 5.

— Les psychonévroses et leur traitement moral. Leçons faites à l'Université de Berne; par le professeur Dubois. Préface du professeur Déjerine. 1 vol. in-8° de 557 pages. Paris, Masson et C^{ie}, 1904.

— Conception du mot hystérie. Critique des doctrines actuelles; par le professeur Bernheim, de Nancy. 46 pages in-8°. Paris, O. Doin, 1904.

— Erbsyphilis und Nervensystem; par le D^r Johannes Bresler, de Lublinitz. 141 pages in-8°. Leipzig, S. Hirzel, 1904.

— Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux; par le D^r Maurice de Fleury. 1 vol. in-8° avec 133 figures. Paris, Félix Alcan, 1904.

— Ueber die Beziehungen der Hirngewichts zum Berufe; par le D^r Heinrich Matiegka. 16 pages in-8°. Extrait de la *Politisch-anthropologischen Revue*, III Jahrgang, Heft I.

— Proceedings of the American medico-psychological Association at the fifty-ninth Annual meeting held in Washington, D. C., May 12-15, 1903. 1 vol. in-8° de 507 pages, cartonné à l'anglaise, 1903.

— Ueber die Bedeutung der Hirngewichts beim Menschen; par le D^r H. Matiegka, de Prague. 15 pages in-8°. Extrait des *Anatomischen Heften*, Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1904.

— Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1903, ingezonden aan de Commissie van Toezicht over genoemd Gesticht; par le D^r J. van Deventer. 210 pages in-8°. Haarlem, 1904.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1993; par le D^r Lallemand, directeur-médecin. 24 pages in-8°. Rouen, 1904.

— Cardio-vascular and blood-states as factors in nervous and mental diseases; par le D^r F.-W. Langdon, de Cincinnati. 10 pages in-8°. Indianapolis, 5 avril 1904.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1903; par le D^r Giraud, directeur-médecin. 32 pages in-8°. Rouen, 1904.

— Forty-sixth annual report of the general board of commissioners in Lunacy for Scotland. In vol. in-8°. C + 182 pages. Glasgow, 1904.

— La vision; par le D^r J.-P. Nuel. 1 vol. in-18 (376 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1904.

— Sulla pachimeningite esterne cronica spinale; par le D^r Attilio Belardi. 12 pages in-8°. Extrait de la *Clinica moderna*, Anno X, n° 13.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Faculté de médecine de Paris. — M. le D^r JUQUELIER, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, est nommé, après concours, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris.

— *Arrêtés de mai, juin et juillet 1904 :* M. le D^r BOITEUX, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.);

M. GEX, directeur de l'asile de Saint-Robert (Isère), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.);

MM. les D^{rs} RAVIART, médecin-adjoint de l'asile d'Armenières (Nord); DIDE, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen, près Rennes; TRUELLE, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), et BÉCUE, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 fr.);

M. le D^r MASSELON, médecin-adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), en remplacement de M. le D^r COULON, mis en disponibilité sur sa demande;

M. le D^r AMELINE, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.);

M. le D^r LAGRIFFE, médecin-adjoint de l'asile de Quimper, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau;

M. le D^r TRENEL, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, est nommé médecin en chef de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier);

M. le D^r LWOFF, médecin en chef de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, est nommé médecin-directeur de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise).

CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Conformément à l'arrêté du ministre de l'Intérieur et des Cultes, en date du 6 avril 1904, le concours pour l'admission

aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, s'est ouvert le mardi 14 juin et s'est terminé le samedi 25 du même mois.

Le jury était composé de la manière suivante :

Président : M. le D^r DROUINEAU, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires : MM. le D^r JOFFROY, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris;

Le D^r PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon;

Le D^r PARIS, chargé des cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Nancy;

Le D^r BELLETRUD, directeur-médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var);

Le D^r CULLERRE, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée);

Le D^r LALLEMANT, docteur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).

Médecin-suppléant : M. le D^r CHEVALIER-LAVAURE, directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers).

Dix-neufs candidats s'étaient fait inscrire pour ce concours; douze avaient été admis aux épreuves orales, à la suite desquelles dix ont été déclarés par le jury aptes à être nommés médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés. Ce sont, par ordre de classement, MM. les docteurs :

1^o LÉPINE, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon;

2^o *Ex æquo*, ROY, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, et JUQUELIER, interne de l'asile Sainte-Anne;

3^o CORNU, interne de l'asile de Bron;

4^o PERPÈRE, interne de l'asile Sainte-Anne;

5^o GUIARD, interne de l'asile de Ville-Evrard;

6^o TISSOT, interne de l'asile de Villejuif;

7^o PRIVAT DE FORTUNIÉ, interne de l'asile de Villejuif;

8^o DANJEAN, interne de l'asile Sainte-Anne;

9^o PASTUREL, médecin-adjoint de l'asile privé d'aliénés de Leyme (Lot).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

49. *Tentative de suicide*. — On écrit de Vincennes au *Matin* (numéro du jeudi 24 mars 1904) :

« Le concierge de la maison portant le numéro 24 *bis* de la rue de Fontenay, M. B..., fut réveillé la nuit dernière par un

violent coup de sonnette. Il tira le cordon. Mais nul n'entra dans la maison.

« Le concierge se leva pour voir ce qui se passait. Il se passait ceci : qu'un homme venait de se pendre au cordon de sonnette.

« M. B... lui porta secours aussitôt. C'est un nommé Lichernon, agent d'assurances. Il a tenté de se suicider dans une crise de folie. M. Rousselot, commissaire de police, l'a envoyé à l'infirmerie du Dépôt. »

50. *Excentricités*. — On écrit de Champigny au *Matin* (numéro du jeudi 24 mars 1904) :

Un pauvre fou, habitant la commune de Champigny, était atteint d'une sorte de monomanie du découpage. Toutes les nuits, il déambulait à travers les rues, et, armé d'une scie à main, entamait les volets, les persiennes, les clôtures en bois, quelquefois même les portes.

Il a été pris hier en flagrant délit, au moment où il attaquait les volets d'un immeuble situé rue Bonneau.

Le propriétaire, en entendant le grincement de la scie, ouvrit brusquement ses contrevents, et le maniaque, projeté violemment sur le sol, se fractura la cuisse gauche. C'est un nommé Henri Deriaux, âgé de vingt-neuf ans.

On l'a envoyé à l'hôpital Saint-Antoine. Aussitôt sa fracture remise, il sera dirigé sur un asile d'aliénés.

51. *Suicide*. — On écrit de Joinville au *Matin* (numéro du jeudi 31 mars 1904) :

Un rentier, Louis Durnord, n'étant pas descendu de chez lui, selon son habitude, hier matin, la concierge de la maison qu'il habite alla prévenir M. Rogeaux, commissaire de police.

Ce magistrat fit ouvrir par un serrurier la porte de l'appartement du rentier et trouva celui-ci pendu à un énorme clou fixé dans la cloison.

Durnord avait transformé sa salle à manger en chapelle et y avait dressé un autel.

M. Rogeaux a trouvé, dans un meuble, 10.000 francs en or et 5.000 francs de pierres fines.

Le rentier ne jouissait pas de toutes ses facultés ; par deux fois, il avait dû être interné à l'asile de Ville-Evrard.

52. *Tentative d'homicide et suicide*. — On écrit de Chiavari (Italie) au *Journal* (numéro du dimanche 3 avril 1904) :

Un pénible drame s'est déroulé, hier soir, au hameau de Scogli. Un nommé Joseph Tirone rentrait tranquillement à son domicile, lorsque son frère Antoine, soixante ans, surgit devant lui et, à brûle-pourpoint, lui tira un coup de revolver. Joseph ne fut que légèrement blessé.

Croyant avoir tué son frère, Antoine rentra à son domicile

et se suicida en se tirant un coup de revolver sous le menton et un autre dans l'oreille droite.

Antoine Tirone était atteint d'une maladie incurable et se croyait, de plus, en butte aux persécutions de son frère.

53. *Incendie*. — On écrit de Vincennes au *Matin* (numéro du mardi 5 avril 1904) :

Depuis quelque temps déjà, M^{me} Ursule Pontiller, une rentière âgée de quarante-huit ans, donnait des signes d'aliénation mentale. Sa folie, toute mystique, ne semblait pas dangereuse. Hier matin, les voisins de l'immeuble qu'elle habite rue du Terrier virent tout à coup se dégager de son appartement une épaisse fumée. La pauvre folle avait entassé ses meubles au milieu de sa salle à manger et les avait enflammés, après les avoir préalablement arrosés de pétrole. On enfonça la porte et le commencement d'incendie fut rapidement éteint.

M^{me} Pontiller, qui portait sur elle des quantités de chapelets, de médailles, de scapulaires et de crucifix, a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

54. *Tentative de suicide*. — Un homme, d'environ quarante ans, vêtu simplement d'un pantalon, brandissant un coutelas, parcourait à grands pas, hier matin, l'avenue Reille.

Soudain, le pauvre fou se plongea son arme dans la poitrine.

Des agents transportèrent le blessé à l'hôpital Broussais, dans un état des plus graves. Le poumon droit est perforé.

M. Baissac, commissaire de police, a ouvert une enquête, et établi que le malheureux, Lucien M..., demeurant rue de la Glacière, avait été frappé d'aliénation mentale, à la suite de chagrins intimes. (Le *Journal*, numéro du mardi 5 avril 1904.)

55. *Tentative d'homicide*. — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 12 avril 1904) :

A l'angle des rues Beaurepaire et de l'Entrepôt, un charretier, Raoul Carlier, âgé de quarante-cinq ans, demeurant 4, rue Baste, venait d'arrêter son camion devant un magasin de soldes où il devait effectuer une livraison pour le compte de son patron, M. Martin, entrepreneur de transports. Il était sept heures du soir. Comme il s'apprêtait à descendre de son siège, un jeune homme, paraissant en proie à une vive surexcitation, s'élança sur lui, le saisit par le bras et s'écria :

« — Est-ce toi qui étais tout à l'heure rue de la Folie-Méricourt? Réponds-moi et vite !

« — Laissez-moi, répliqua Carlier en cherchant à faire lâcher prise à son singulier interlocuteur ; vous faites erreur.

« — Non, c'est bien toi ! hurla l'autre ; je vais te couper le cou ! »

Tirant de sa poche un long couteau à cran d'arrêt, il sauta sur le marchepied de la voiture. A deux reprises, il plongea

son arme dans le côté droit du charretier. Celui-ci parvint néanmoins à saisir son agresseur à la gorge et le rejeta sur le trottoir, où il roula en proie à une violente attaque de *delirium*.

Cette scène tragique n'avait duré que quelques secondes.

Des agents et quelques passants accoururent : on transporta le blessé et son agresseur à une pharmacie, puis à l'hôpital Saint-Louis, où M. Durand, commissaire de police, se rendit aussitôt.

L'état du charretier était si grave que le magistrat ne put l'interroger.

Quant à l'agresseur, un peintre en bâtiment, Louis Voisin, âgé de vingt-trois ans, demeurant 42, boulevard de la Villette, il répondit qu'il ne se souvenait plus de rien, puis il se mit à divaguer.

56. *Homicide et tentative de suicide*. — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 16 avril 1904) :

Rue Jeanne-d'Arc, dans un petit appartement de deux pièces et une cuisine, habitaient les époux Lafond. Le mari, trente ans à peine, était employé au chemin de fer d'Orléans ; la femme veillait au ménage et soignait les deux enfants : un poupon de trois mois, André, et une fillette de quatre ans, Yvonne. Le ménage vivait heureux. Le mari était travailleur et rangé ; la femme, une ménagère vigilante et douce. L'estime de leurs voisins entourait les époux Lafond.

Il y a quelques jours, la mère tomba malade, un rien, la rougeole. Un médecin de quartier la soigna ; elle se rétablit vite. Hier, elle était déjà sur pied, et recevait, vers neuf heures et demie du matin, un camarade de son mari, qui venait prendre de ses nouvelles. Elle lui assura qu'elle se sentait bien. Il partit.

Une demi-heure plus tard, la concierge, qui vaquait aux soins de la maison pendant que M^{me} Lafond était malade, frappait à la porte. Pas de réponse. Elle pensa que la femme de l'employé était sortie et redescendit.

Deux heures se passèrent. M. Lafond revint de son travail vers midi, tout joyeux de pouvoir embrasser ses enfants. Il cogna à la porte. Rien ne bougea à l'intérieur. Inquiet, anxieux, il enfonça la porte. Il ne se doutait pas qu'un affreux malheur venait de s'abattre sur lui.

Tout, dans le petit appartement, semblait silencieux. Soudain, Lafond perçut des râles. Il se précipita dans la chambre : sa femme gisait au milieu de la pièce, la gorge ouverte. Elle respirait encore, mais les deux enfants étaient immobiles dans leur lit.

M. Lafond poussa un cri de rage, cri de douleur et d'angoisse. Affolé, il se pencha sur le berceau du bébé. Le pauvre

petit était mort, étranglé. Un mouchoir enserrait son cou. Le père, brisé de douleur, alla vers l'autre lit. Il se pencha vers la petite Yvonne. Le cœur de l'enfant battait encore, mais faiblement. La petite fille avait, elle, une serviette nouée étroitement sur la gorge.

M. Lafond prit sa fille dans ses bras et, tout en appelant à l'aide, descendit l'escalier. Il courut vers une pharmacie voisine, où l'enfant fut rappelée à l'existence après une heure de soins.

Cependant, les voisins, amentés par les cris de M. Lafond, avaient envahi son logement et s'étaient occupés de sa femme, en qui il restait un frisson de vie. On pansa sa blessure, d'où le sang s'échappait abondamment ; puis, par les soins de M. Rocher, commissaire de police, elle fut conduite à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers. Son état paraissait désespéré.

Le magistrat fit diriger sur la Morgue le corps du petit André et commença son enquête.

M^{me} Lafond qui, au cours de sa maladie, avait commis l'imprudence d'allaiter son bébé, a dû être prise, suppose-t-on, d'un accès de folie subite. Elle se jeta sur ses enfants pour les étrangler.

Le bébé ne put résister à la pression aiguë du mouchoir passé autour de son cou, tandis que la serviette, épaisse et peu souple, se serra mal sur la gorge de la fillette. Le procédé fut le même pour les deux enfants, une traction brusque et enveloppante sur les deux extrémités des liens et un nœud simple. Ensuite, la mère essaya sans doute de s'étrangler aussi, car on retrouva près d'elle une corde. Ne réussissant pas à se donner la mort de cette façon, elle prit un rasoir et s'ouvrit la gorge. Elle tomba comme une masse.

57. *Suicide*. — Depuis fort longtemps déjà, un ouvrier grillageur, Emile Derigo, âgé de vingt-cinq ans, était atteint de neurasthénie. Malgré tous les soins, son état empirait, et, récemment, afin d'échapper à d'imaginaires persécutions, Derigo avait quitté le domicile de sa mère, 6, impasse du Tertre, pour aller vivre chez un ami d'atelier, M. André, qui occupe un logement au cinquième étage, 6, rue de Tracy.

Derigo semblait se porter mieux, lorsque hier, vers midi, il fut pris d'une crise.

Il était à table avec les époux André et un ami, quand soudain, il se leva.

Pâle, les yeux hagards, il se dirigea vers la fenêtre et l'ouvrit.

« — Mes amis, dit-il, je suis las de l'existence. Excusez-moi de la peine que je vais vous causer. Mais la mort m'attire, et je ne puis lui résister. »

Avant qu'on pût le retenir, il enjamba la barre d'appui et se

précipita dans le vide. Il alla s'écraser sur la chaussée. La mort fut instantanée.

M. Beaurain, commissaire de police du quartier du Mail, a procédé aux constatations. (*Le Matin*, numéro du lundi 18 avril 1904.)

58. *Suicide à trois*. — On télégraphie de Chartres au *Matin* (numéro du mercredi 20 avril 1904) :

La famille Launay, habitant le hameau du Bois-Mivoye, voisin de Corancez, le bourg si tristement célèbre, vient d'être trouvée asphyxiée. Elle comprenait le père, la mère et un fils âgé de vingt ans.

La femme Launay sortait de l'asile d'aliénés de Bonneval, où elle avait été internée pour la troisième fois. Elle avait pris un tel empire sur son mari et son fils, qu'elle leur avait communiqué sa manie de la persécution et suggéré l'idée de se suicider.

Ils étaient tous trois étendus sur le même grabat et sous une même couverture, les yeux bandés. Le père et le fils Launay avaient été condamnés, en 1902, pour menaces de mort envers le brigadier de gendarmerie Bernard.

59. *Homicide*. — On télégraphie de Bourg (Ain), au *Journal* (numéro du jeudi 5 mai 1904) :

Un drame épouvantable vient de se dérouler à Poncin. Un nommé Anthelme Gay, âgé de vingt-trois ans, qui s'était évadé de l'asile d'aliénés de Bourg, et qu'on avait laissé en liberté, le croyant guéri, s'est emparé d'une canne à épée et a plongé l'arme jusqu'à la garde dans la poitrine d'un jeune homme de dix-sept ans, le nommé Philippe Noyreti. Le malheureux rendait le dernier soupir quelques minutes après.

Le meurtrier est alors allé s'enfermer chez lui, et il a fallu faire le siège de sa maison pour l'arrêter.

60. *Tentative d'homicide*. — Un drame sanglant s'est déroulé, hier, vers onze heures du matin, dans un salon de coiffure tenu par M. D..., aux environs du Panthéon.

L'un des garçons de la maison, Emile U..., trente-sept ans, présentait depuis quelque temps les signes d'une agitation intempestive; il était en proie à des idées noires et tenait des propos incohérents.

Hier matin, M. D... fit comprendre à son employé qu'il ne pouvait le garder dans de telles conditions, et lui donna ses huit jours.

Emile U... en fut très affecté, et sa surexcitation s'en accrut.

Il continua, cependant, à servir les clients.

Vers onze heures, alors qu'il était occupé à raser un jeune dessinateur, M. Albert P..., vingt-trois ans, demeurant rue Marzarine, 52, le malheureux fut pris d'une crise subite de folie.

Avant qu'on ait pu prévoir son geste, il se mit à taillader la figure de M. P... à coups de rasoir.

Tous les clients se précipitèrent sur le garçon coiffeur, le maîtrisèrent et le conduisirent chez M. Carpin, commissaire de police du quartier du Val-de-Grâce, qui l'envoya à l'infirmérie spéciale.

Quant au blessé, il a été admis à l'hôpital Cochin, dans un état qui inspire de vives inquiétudes (*Le Journal*, numéro du jeudi 5 mai 1904).

61. *Parricide*. — On télégraphie de Bruxelles au *Matin* (numéro du samedi 6 mai 1904) :

Un crime horrible vient d'être découvert à Alost (Flandre orientale). Une fille de vingt-sept ans, Delphine Decoster, a coupé sa mère en morceaux ; ceux-ci ont été découverts dans un puits à purin.

Delphine Decoster, arrêtée à Ostende, au moment où elle allait s'enfuir en Angleterre, a déclaré avoir tué sa mère à cause de l'opposition qu'elle faisait à son mariage.

Ne parvenant pas à faire pénétrer le cadavre dans la fosse d'aisance, elle l'avait coupé en morceaux.

Cette femme est atteinte de monomanie religieuse. Récemment, dans la chapelle consacrée à Notre-Dame-de-Lourdes, après avoir prié avec ferveur, elle avait été offrir une prise de tabac à la statue représentant Bernadette.

62. *Homicide*. — On lit dans la *Liberté* (numéro du lundi 9 mai 1904) :

Hier soir, à 11 heures, un individu nommé Henri Morillon, âgé de cinquante-deux ans, né à Port-Louis (île Maurice), comptable, demeurant rue Demarquay, 18, a tiré deux coups de revolver sur sa fille Louise, âgée de seize ans, tandis qu'elle dormait. La mort a été instantanée. Morillon s'est constitué prisonnier, quelques instants après, au poste du faubourg Saint-Denis.

A la suite d'un interrogatoire sommaire et d'une enquête rapide, on a acquis la certitude que Morillon est atteint de folie.

63. *Suicide*. — On écrit de Levallois-Perret au *Matin* (numéro du lundi 9 mai 1904) :

Un employé de commerce, M. Henri Norfaille, dix-neuf ans, demeurant rue Vergniaud, était atteint depuis plusieurs mois de neurasthénie. Il avait, à diverses reprises, manifesté l'intention d'en finir avec la vie. La nuit dernière, vers une heure du matin, éveillé par un violent mal de tête, il se leva et, ouvrant brusquement la fenêtre de sa chambre à coucher, situé au troisième étage, il se précipita dans la rue. Le malheureux, qui s'était fracturé le crâne, rendit le dernier soupir deux heures après.

64. *Suicide*. — On écrit de Saint-Denis au *Matin* (numéro du vendredi 20 mai 1904) :

Profitant d'une absence momentanée de ses parents, une jeune femme d'une trentaine d'années, M^{lle} Lucie Doule, atteinte depuis longtemps de la folie de la persécution, s'est précipitée dans la rue, par la fenêtre de sa chambre, située au second étage.

Relevée le crâne fracturé, la malheureuse a rendu le dernier soupir quelques heures après.

65. *Blessures graves*. — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 23 mai 1904) :

Un drame causé par la folie s'est déroulé, au cours de la nuit dernière, dans le dix-huitième arrondissement.

Au numéro 14 de la rue de la Chapelle habitent depuis longtemps les époux R...

Le ménage a toujours été des plus unis, jusqu'à une époque assez récente, à partir de laquelle M^{me} Isabelle R..., âgée de quarante-huit ans, a commencé à manifester des signes non équivoques de dérangement cérébral.

La pauvre femme, très douce habituellement, devenait sujette à de nombreux et violents accès de colère ; son cas, malgré cela, n'avait pas été pris au sérieux, et, sur les conseils de quelques personnes, elle suivait un traitement contre la neurasthénie.

Avant-hier, vers minuit, M^{me} Isabelle R... se leva, alla prendre dans une armoire un bol qui contenait du vitriol et qu'elle avait caché là ; puis, revenant vers son mari, qui dormait profondément, elle lui versa le terrible corrosif sur le visage.

M. Eugène R..., horriblement brûlé, l'œil droit complètement perdu, poussa des cris affreux, qui éveillèrent les voisins.

Ce ne fut qu'après une lutte acharnée, que l'on put se rendre maître de la folle, qui se débattait et poussait de véritables hurlements.

M. R..., dont l'état est des plus graves, est soigné à son domicile.

Quant à sa femme, M. Pontaillier, commissaire de police du quartier de la Chapelle, l'a envoyée à l'infirmerie spéciale.

66. *Suicide*. — On écrit d'Argenteuil au *Matin* (numéro du mercredi 25 mai 1904) :

Hier matin, vers dix heures, des passants signalaient un individu qui se livrait à des excentricités sur la promenade d'Argenteuil.

Conduit au commissariat par M. Galand, secrétaire, ce malheureux fou fut reconnu pour être un sieur Albert Rouland, âgé de trente-six ans, domicilié à Versailles, qui était venu pour les fêtes chez son beau-frère, à Argenteuil. Immé-

diatement prévenu, ce dernier conduisit Rouland chez lui et le fit se reposer.

Profitant d'un court instant où il se trouvait seul, Rouland s'empara d'un revolver d'ordonnance et se tira une balle dans la tempe droite. Transporté à l'hôpital d'Argenteuil, il y est mort une demi-heure après.

67. *Double homicide*. — On télégraphie de Gênes au *Journal* (numéro du vendredi 27 mai 1904) :

Le village de Pontedera est sous le coup d'une douloureuse émotion. En entrant dans la maison Novelli, dont la porte était ouverte, une voisine heurtait du pied un corps étendu en travers de la porte de la cuisine. Elle se baissa et reconnut le corps. C'était celui d'Oreste Novelli, tué d'un coup de revolver à la tête. La femme s'enfuit, épouvantée, en criant. Des voisins accoururent, qui pénétrèrent dans l'immeuble. De pénibles surprises allaient leur être réservées à leur tour. Dans une chambre de l'appartement qu'ils visitèrent minutieusement, ils trouvèrent, étendue à terre, la fille de Novelli, la jeune Ida, qui portait une profonde blessure provenant d'un coup de couteau au-dessus de l'abdomen. Dans une autre pièce, ils découvrirent enfin Tito, le fils de Novelli, qui se tenait tapi dans un coin, un couteau à la main. A la vue des arrivants, il essaya de se frapper avec son arme. On se précipita sur lui et on réussit à le désarmer.

Tito était devenu fou subitement. C'est dans un accès qu'il a dû tuer son père et frapper sa sœur, dont l'état inspire de vives inquiétudes.

68. *Tentative d'homicide*. — On écrit de Villeneuve-la-Garenne au *Matin* (numéro du vendredi 27 mai 1904) :

Un jardinier, M. Louis Durretoit, âgé de quarante-cinq ans, demeurant rue du Chemin-Vert, se trouvait, hier après-midi, dans son jardin, lorsque, pris d'un accès de folie furieuse, il se mit à briser, à coups de pied et de bâton, les vitres de ses serres. Puis, saisissant une énorme cisaille, longue d'au moins 60 centimètres, il s'élança sur un garçonnet de huit ans, le jeune Henri Richonneau, fils d'un de ses voisins. Ce ne fut qu'à grand'peine qu'on put arracher l'enfant des mains du forcené.

Durretoit a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

69. *Tentative d'homicide*. — Un curé de Pforzheim (grand-duché de Bade), nommé Rieger, a tiré hier à Fribourg-en-Brigau, plusieurs coups de revolver sur l'archevêque de Fribourg, Mgr Roerber. L'archevêque n'a pas été atteint. Le curé Rieger passe depuis longtemps pour être atteint du délire de la persécution. (Le *Temps*, numéro du samedi 28 mai 1904.)

70. *Tentative d'homicide*. — Prise d'un subit accès de dé-

mence, une septuagénaire, M^{me} Drouard, demeurant rue de Satory, a tenté de précipiter par la fenêtre sa jeune fille. Aux cris poussés par celle-ci, des voisins accoururent et purent la délivrer de l'étreinte de la folle.

La pauvre femme a été ligotée et immédiatement conduite à l'hospice civil de Versailles. (Le *Matin*, numéro du mercredi 1^{er} juin 1904.)

71. *Tentative d'homicide*. — On télégraphie d'Annecy au *Journal* (numéro du vendredi 3 juin 1904) :

Un nommé Fossioz, âgé de trente-cinq ans, maquignon à Gruffy, canton d'Alby-sur-Chéran, a été subitement atteint de folie furieuse, hier matin vers cinq heures. Il s'arma d'une barre de fer, et ayant rencontré M. Pollier-Donat, âgé de soixante et un ans, charpentier à Mures, il l'a roué de coups. L'état de ce dernier est désespéré.

Fossioz fut recherché par la gendarmerie. Garrotté et remis à l'autorité locale, il vient d'être conduit à l'hôpital d'Annecy, en attendant son transfert à l'asile de Bassens.

72. *Blessures graves*. — Un fracas épouvantable mettait en émoi, la nuit dernière, les habitants de la maison portant le numéro 44 de la rue de la Jonquière.

Pris soudain d'un accès de folie furieuse, un locataire du deuxième étage, nommé Emile A..., âgé de trente-quatre ans, ouvrier déménageur, lançait dans la rue les meubles de son logement. Peu après, sa femme paraissait à la fenêtre, le visage ensanglanté.

Le fou venait de la frapper d'un coup de couteau !

Une voisine qui s'était précipité au secours, M^{me} Marie Deslan, reçut sur la tête un coup de clef anglaise et tomba évanouie.

Enfin, des ouvriers, habitant la maison, purent capturer A... Il ne fallut pas moins de six agents pour le conduire, ligotté, au poste. M^{mes} A... et Deslan ont été transportées et admises d'urgence à l'hôpital Bichat. (Le *Journal*, numéro du vendredi 9 juin 1904.)

73. *Homicide*. — On télégraphie de Nice au *Journal* (numéro du vendredi 3 juin 1904) :

Le riant quartier de Gairaut, bien connu des étrangers en villégiature sur la Riviera, vient d'être attristé par un drame horrible. Un homme, Maria Barthélemy, vingt-huit ans, a, ce matin assassiné sa tante, Marguerite Braquet, vieille demoiselle de cinquante-sept ans, dans des circonstances particulièrement étonnantes. Maria est subitement devenu fou, et c'est sous l'empire de son mal qu'il a accompli son épouvantable forfait. Voici, du reste, les circonstances de ce drame, qui a jeté à Gairaut, où il s'est produit, et à Nice, où la victime était

également connue et estimée, une profonde consternation : Maria, qui a été élevée par la victime, vivait avec elle et deux sœurs de celle-ci. Ils habitaient une maison de campagne, entourée de terrains qu'ils possédaient en commun. La propriété était, paraît-il, grevée d'hypothèques, et les créanciers avaient, il y a quelque temps, manifesté leur intention de la faire vendre. Maria parut fortement affecté de la chose, et bientôt sa raison parut atteinte.

Le Dr Gruzou, qui fut appelé à lui donner des soins, pensait que son état s'améliorerait et que l'internement pourrait être évité. Le médecin semblait avoir raison. Maria paraissait s'acheminer à la guérison. Hier, il travailla au soleil, en compagnie de ses trois tantes. A différentes reprises, il s'était plaint de maux de tête. On pensait que c'était la chaleur, et on conseilla à Maria d'aller se reposer. A table, pourtant, il ne toucha pas aux mets et, le soir, il ne voulut pas se coucher. Il resta à lire. De temps à autre, il plaçait sur son front une compresse d'eau fraîche.

Entre minuit et une heure du matin, il devint subitement fou. Une de ses tantes se leva pour aller appeler un de ses cousins, habitant dans le voisinage. Les deux autres femmes, qui s'étaient également habillées, durent se sauver en toute hâte, car Maria criait et les menaçait. Il faisait des moulinets avec tous les objets qui lui tombaient sous la main, pour détruire les êtres invisibles qui, disait-il, le poursuivaient.

Le parent de Maria, qu'on était allé prévenir, Jacques Braquet, arriva enfin. Il essaya de maîtriser le fou, mais, après quelques vaines tentatives, il dut y renoncer. Pris de peur à son tour, il s'enfuit devant Maria, qui s'élança à sa poursuite, armé d'un bâton. Il rencontra sa tante Marguerite. La pauvre femme essaya de s'échapper, mais elle ne put courir longtemps. Le fou la rejoignit contre un espalier et se mit à lui porter sur la tête de terribles coups de bâton. Elle tomba bientôt, la tête fracassée. Trois heures après, on retrouva son cadavre à la place où elle s'était affaissée.

Des voisins accourus, nombreux, avaient pu s'emparer du meurtrier, qu'ils avaient ligotté, en attendant l'arrivée de la police.

Le cadavre de la victime a été transporté à la Morgue. Maria a été écroué ; il sera l'objet d'un examen médical.

74. *Quadruple homicide.* — On télégraphie de Bordighera (Italie) au *Temps* (numéro du jeudi 23 juin 1904) :

Un carabinier italien, Maïda, pris subitement d'aliénation mentale, hier soir, a tué quatre personnes, dont le baron de Valdain. Il s'était enfermé dans la chambre qu'il occupait à la caserne, et muni d'un fusil et de nombreuses balles tirait sur la

foule, les maisons et les rues voisines. Quatre personnes au moins ont été blessées.

Ce matin, vers dix heures, après un véritable siège tenu par une compagnie de bersaglieri, ce forcené a pu enfin être tué; mais ce n'est qu'en découvrant une partie du toit qu'on a pu l'atteindre.

75. *Suicide*. — Les agents de la brigade fluviale repêchaient hier matin, à 206 mètres en amont du pont d'Austerlitz, le cadavre d'un homme paraissant âgé d'une soixantaine d'années, bien vêtu, et porteur d'une montre en or et de bagues. Cette circonstance faisait écarter, *a priori*, l'idée d'un crime.

Le cadavre fut porté à la Morgue. L'adresse d'un tailleur de Remiremont qui se trouvait sur les boutons du pantalon, permit d'apprendre que le noyé était un négociant de cette ville, M. H..., âgé de soixante-deux ans, qui, ayant donné depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral, avait été interné à Paris, dans une maison de santé de la rue Blomet.

Dimanche dernier, trompant la surveillance de ses gardiens, M. H... s'était échappé, et les recherches faites pour le retrouver avaient été vaines.

Dans la soirée d'hier, le fils du défunt, qui est étudiant à Paris, et un autre parent sont venus reconnaître le corps à la Morgue. (*Le Temps*, numéro du vendredi 8 juillet 1904.)

LA FOLIE DE NIETZSCHE (1)

L'influence chaque jour grandissante de l'œuvre du célèbre écrivain allemand a suggéré à un praticien des maladies mentales l'idée de l'étudier rétrospectivement comme un cas de pathologie ordinaire. On le sait, Nietzsche est mort de paralysie générale progressive, et on sait aussi que cette maladie, qui atteint différentes fonctions de la vie végétative, se manifeste en même temps par des troubles de l'intelligence qui ont été l'objet de très nombreux et de très importants travaux. Aussi, le médecin qui examinera la psychologie de Nietzsche trouvera-t-il une tâche singulièrement facile : il n'aura plus qu'à chercher dans les actes ou dans les écrits du philosophe allemand, les symptômes qui peuvent être rapportés avec certitude à la paralysie générale. C'est ce qu'a fait le docteur Michaut. Il a pu le faire d'autant mieux qu'il est assez exceptionnel en effet, dans l'histoire de la littérature, de rencontrer un écrivain intéressant atteint d'une affection mentale aussi bien caractérisée que la paralysie générale et dont le diagnostic ait été porté du vivant même de celui-ci.

(1) Extrait du *Petit Temps* (numéro du samedi 6 février 1904).

Le D^r Michaut dans l'étude que publie la *Clinique générale de chirurgie*, examine avec soin et même avec minutie les différentes analogies qu'on peut relever entre la psychologie de Nietzsche et la psychologie du paralytique général. Il nous montre que malgré les conditions exceptionnelles où on se trouve pour étudier Nietzsche, les différents critiques sont loin d'être d'accord sur le moment où la terrible maladie a commencé ses ravages. Pour les uns, pour Max Nordau ou J.-P. Moëbius, par exemple, Nietzsche aurait été un aliéné toute sa vie. Tandis que, pour d'autres, et particulièrement pour Henri Albert, toutes les œuvres de Nietzsche sont celles d'un homme sain d'esprit ; les amis et les admirateurs du philosophe, en effet, soutiennent que c'est à partir d'une attaque d'apoplexie qui survint vers la fin de décembre 1888 que cette intelligence se serait éteinte. Dès ce moment, Nietzsche n'a d'ailleurs plus rien produit.

Le D^r Michaut tient la moyenne entre ces deux opinions extrêmes. A l'époque où Nietzsche écrivait *Aurore*, la maladie commençait son œuvre destructive, et si Moëbius et Max Nordau prétendent que *Les origines de la tragédie* et les *Considérations inactuelles* sont l'ouvrage non d'un paralytique général, mais d'un hystérique, le D^r Michaut estime, lui, que ces deux volumes présentent un tout assez suivi et coordonné pour exclure toute aliénation mentale et particulièrement la paralysie générale qui fait, à elle seule, l'intérêt de Nietzsche, au point de vue de la pathologie mentale. Le philosophe allemand a pu être, en effet, plus ou moins névropathe ou hystérique, sans que ce fait extrêmement banal éveillât l'intérêt.

C'est donc après la publication de ces deux premières œuvres que Nietzsche a commencé, selon le D^r Michaut, à manifester les symptômes de sa maladie. Dès cette époque, les cellules nerveuses de son écorce cérébrale, c'est-à-dire les organes les plus essentiels de son intelligence, ne fonctionnaient plus normalement.

Parmi les signes de la maladie, le D^r Michaut range tout d'abord la migraine ophtalmique dont souffrait Nietzsche, migraines qui le martyrisaient plus de cent jours en un an (c'est Nietzsche lui-même qui en a fait le compte exact), et sur lesquelles aucun médicament n'avait d'action.

Autre symptôme du mal : A partir d'*Aurore*, Nietzsche ne pense plus que par lui seul. Jamais plus il ne cherche à appuyer sa pensée sur les opinions exprimées par d'illustres devanciers. On peut considérer que Nietzsche manifestait par là un certain degré d'amnésie, signe précoce et important de paralysie générale.

De même, il ne se sert plus, désormais, pour exprimer ses

idées, que d'aphorismes; ses œuvres ne sont pas un tout coordonné et suivi, mais un amas, un tas d'idées décousues et sans suite : « Une collection de pensées écrites ou dictées au jour « le jour, sur des cahiers, à travers des déplacements de villégiature, voilà ce qu'est *Aurore* », dit le D^r Michaut, et il ajoute que Nietzsche se contredit, se répète, se paraphrase en une suite sans cesse brisée d'affirmations brèves, sèches, qui ne donnent prise à aucun raisonnement... C'est précisément là la caractéristique des discours des paralytiques généraux qui procèdent par affirmations...

Le D^r Michaut constate encore d'autres analogies entre Nietzsche et le paralytique général. Il pense que les innombrables néologismes que Nietzsche a créés manifestent une forme spéciale d'amnésie. Nietzsche, ne pouvant plus arriver à retrouver dans sa mémoire le mot propre pour exprimer son idée, en était réduit à en créer de nouveaux : « On a comparé, ajoute le D^r Michaut, le style des incohérents aux chants des enfants qui aiment à répéter sur de vagues airs de mélodies des répétitions de mots qui ne s'associent que par leur assonance ou la rime. Nietzsche est très riche en ces sortes d'exemples. Les mots chez lui ne sont pas choisis à cause de leur signification, mais par suite d'une analogie de sons qui les appelle. Ainsi, la répétition fréquente de deux substantifs formant un jeu de mots par à peu près : « *Freudenschaften, Leidenschaften, Trauer-Spiele, Trauer-Ernste* », etc. Parfois la paralysie générale prend, au point de vue spécial du langage ou de l'écriture, une apparence d'aphasie : répétition d'un mot, toujours le même, pour exprimer une idée différente, parce que le malade ne trouve pas le mot qu'il cherche. »

On sait que *Aurore* est une violente attaque contre la morale. Or le D^r Michaut voit la traduction en dissertation du fait que l'illettré agit en actes : « Ce besoin d'immoralité, cet acharnement pour démontrer que la morale a été un obstacle au progrès du bonheur humain, est l'expression littéraire, chez un grand érudit, de ce qui se passe chez le paralytique vulgaire, le commerçant scrupuleux, intègre, qui, tout à coup, refuse de payer une traite. Le sens moral s'anesthésie, comme le sens olfactif, par exemple, et se perd avant que la démence éclate aux yeux de tous. »

Il faut rapprocher, d'ailleurs, de cet immoralité théorique, le fait que tout un chapitre d'*Aurore* est une suite d'à peu près répugnants et intraduisibles.

Dès le moment où Nietzsche commence à écrire *Aurore*, il se montre d'une activité extraordinaire. « L'*Aurore*, le *Gai Savoir* et *Zarathustra* furent conçus en même temps », dit le D^r Michaut et Nietzsche constatera plus tard qu'il se trouvait

à ce moment là dans un état d'*exubérance de l'esprit*. C'est en dix jours, en effet, qu'il écrit les trois premières parties de *Zarathustra* et il termine complètement cet ouvrage entre novembre 1881 et janvier 1882, à travers ses multiples déplacements. Il l'écrit, dit le D^r Michaut, « en pleine manie déambulatoire, à Rapollo (près de Gênes), à Lils-Maria, en Engadine, à Nice, à Menton... Pendant toute sa carrière professorale, Nietzsche avait peu produit; son activité d'écrivain se révèle tout à coup, au moment où il abandonne la voie qu'il avait librement choisie, au moment où il est malade et, qui plus est, au moment où il voyage pour raison de santé. »

Les médecins aliénistes peuvent reconnaître dans cette suractivité intellectuelle subite un phénomène qu'ils observent fréquemment chez les paralytiques généraux. On voit, en effet, souvent un malade, jusqu'alors plus au moins apathique et indolent, exécuter des travaux considérables, se livrer à des entreprises de grande envergure ou à des spéculations hasardeuses, choses auxquelles il n'aurait jamais songé à l'état normal. De même Nietzsche, au moment où allait paraître *Aurore*, dit le D^r Michaut, « écrit avec une activité fébrile, une rapidité prodigieuse, s'occupant de mettre la dernière main à un manuscrit quand il corrige les épreuves du dernier volume sur le point de paraître. Cette dévorante activité, cette insatiable passion de changer de place sont bien les symptômes connus de la paralysie générale au début. »

Le D^r Michaut détermine encore dans les œuvres de Nietzsche d'autres symptômes caractéristiques : le délire hypochondriaque et surtout le délire ambitieux. Il est vrai qu'en ce qui concerne l'hypochondrie, le D^r Michaut n'en trouve de manifestation nette que dans des ouvrages bien postérieurs à *Aurore*; mais la mégalomanie se manifeste, elle, dans *Aurore*, par ce fait que « partout il cherche l'effet, le relief, et y arrive par les « moyens les plus grossiers ». Ce n'est pourtant que dans *Zarathustra* que ce signe d'une si haute importance pathologique devient évident.

On sait que Zarathustra, le *sur-homme*, c'est Nietzsche lui-même. Or il est bien difficile de ne pas reconnaître dans cette théorie du *sur-homme* une forme spéciale du délire ambitieux. On voit, en effet, à chaque instant, des paralytiques généraux qui se croient riches à millions ou à milliards, qui se prétendent Dieu ou sur-Dieu, ou fils de Dieu, de même que Nietzsche se considère comme un *sur-homme*, par opposition au vil tronpeau des *esclaves*. N'est-ce pas un mégalomane, fait remarquer le D^r Michaut, qui écrit : « En rêve, dans mon dernier rêve du « matin, je me trouvais aujourd'hui sur un promontoire, au-

« delà du monde, je tenais une balance et je pesais le monde », ou bien encore : « O mon âme, je t'ai donné des noms nouveaux et des jouets multicolores, je t'ai appelé *destinée* et *circonférence des circonférences* et *nombril du temps* et *cloche d'azur* » ?

Le D^r Michaut a donc relevé, entre la psychologie de Nietzsche, au moment où il écrivait *Aurore*, le *Gai Savoir* et *Zarathustra*, et la psychologie du paralytique général au début, un certain nombre d'analogies. Sans doute, ces petits faits, si on ne savait pas que Nietzsche est mort du terrible mal, seraient impuissants, non pas même à créer une présomption, mais à éveiller l'idée de paralysie générale dans l'esprit d'un aliéniste de profession. Il faut dire pourtant que ces mêmes faits, étant donné qu'on connaît justement la fin de leur évolution, constituent une présomption importante. D'autre part, il leur manque, pour donner une certitude absolue, au moins deux éléments ; il serait nécessaire qu'on eût examiné les manuscrits de Nietzsche, car l'étude de l'écriture pourrait fournir un symptôme de grande valeur, et il faudrait encore que Nietzsche lui-même eût été examiné par un aliéniste au moment où il écrivait *Aurore*. Pourtant, le D^r Michaut est très affirmatif et il paraphrase le titre célèbre : « *Ainsi parlait Zarathustra* » par « *Ainsi parle un paralytique général* ». Il déclare ailleurs que le tableau clinique de cette maladie est complet.

Et voici maintenant quelles sont les conclusions littéraires et philosophiques qu'il semble vouloir tirer de son étude de pathologie mentale. Il a commencé par poser en principe que « tant qu'on n'aura pas tracé un tableau exact et complet des idées qui doivent être celles d'un homme raisonnable, il sera toujours très délicat de juger qu'un écrivain de génie est fou parce qu'il a exprimé une idée qui n'est pas commune », et il ajoute qu'il se pourrait fort bien que Nietzsche constituât un nouvel exemple de fou prophétisant la vérité. Par conséquent, lorsque « Fouillée, par exemple, au nom du sens commun, se refuse à admettre avec Nietzsche que la morale est un obstacle au progrès de l'humanité, et que le christianisme a été une vaste erreur et une immoralité, sous prétexte que les idées *nietzschéennes* sont d'un fou, il préjuge de l'avenir qui pourra donner raison au paralytique général... Scientifiquement, nous devons repousser la prétention des critiques qui, jugeant les doctrines subversives de l'immoraliste comme malsaines, en concluent qu'elles sont l'œuvre d'un malade. C'est un argument vulgaire et indigne d'un penseur. Si, dans le peuple des illettrés, on essaye d'en finir avec une discussion qui tourne à la victoire de l'adversaire et, à bout d'arguments, en le traitant de fou, ce

procédé doit rester dans les régions où les injures passent pour des raisons ».

Puisqu'il n'appartient ni aux philosophes ni aux critiques de donner leur opinion sur la valeur de Nietzsche, mais aux seuls médecins, le D^r Michaut nous donne la sienne, à la fois, en ce qui concerne le philosophe allemand lui-même et en ce qui concerne ses admirateurs : « Au milieu d'incontestables beautés de style, dit-il, vous serez brusquement froissés par certaines opinions brutales, par des métaphores bizarres, quelquefois absurdes et d'une niaiserie évidente ; enfin par des comparaisons apocalyptiques, antinaturelles, vraiment folles » ; l'œuvre de Nietzsche est une « suite de paraboles grotesques, de tautologies folles ». Le D^r Michaut applique à Nietzsche le mot de Chamfort : « La plupart des faiseurs de bons mots ressemblent à ceux qui mangent des cerises ou des huîtres, choisissant d'abord les meilleures et finissant par tout manger. » Et il ajoute : « Nietzsche ne choisit même pas : il met tout dans le même panier et quand il est rempli, il fait un livre. » « La niaiserie des poésies de Nietzsche, dit ailleurs le docteur Michaut est caractéristique », et il cite les célèbres vers suivants à titre d'exemple :

O homme. prends garde !
Que dit Minuit profond ?
J'ai dormi, j'ai dormi !
D'un profond sommeil je me suis éveillé !
Le monde est profond
Et plus profond que ne le pensait le jour !
Profonde est sa douleur !
La joie plus profonde que la peine.
La douleur dit : Passe et finis !
Mais seule, que veut l'Eternité,
Veut la profonde Eternité ?

Si Nietzsche n'est guère digne d'intérêt, les admirateurs de son œuvre sont bien à plaindre !... Le D^r Michaut les confond avec les *romanciers russes*, les *symbolistes*, les *socialistes* et les *antisémites*, etc., etc., dans une même salade de dégénérés et de fous.

Il faut regretter que le D^r Michaut n'ait pas énumérés les gens d'esprit sain qu'on peut actuellement trouver en France. A l'en croire, cette liste n'aurait pas été longue, et nous aurions sans doute eu le plaisir d'y voir figurer en première ligne ces médecins aliénistes qui veulent enlever aux critiques littéraires le droit de faire de la critique littéraire, pour en réserver le monopole aux érudits de la pathologie mentale.

Quoi qu'il en soit, le D^r Michaut peut avoir démontré que

Nietzsche était paralytique général au moment où il écrivait *Aurore* ; mais il n'a certes pas prouvé qu'il était impossible à un paralytique général de dire des vérités. Il n'a par conséquent pas apporté des faits qui permettent d'affirmer que Nietzsche est ou n'est pas intéressant, qu'il a ou qu'il n'a pas de génie.

P.-E. MORHARDT.

TRIBUNAUX

A propos d'un internement. — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 21 juillet 1904) :

Le préfet de police était actionné aujourd'hui en dommages-intérêts par une dame de X... Elle se plaignait d'avoir été abusivement « internée » comme folle pendant quatre jours et cinq nuits à l'infirmerie du Dépôt, sur l'ordre d'un commissaire, agissant comme représentant de son chef hiérarchique.

La 1^{re} chambre du tribunal a admis l'exception d'incompétence proposée par le préfet de police :

« Attendu qu'aux termes des articles 18 et 19 juin de la loi du 30 juin 1838, il appartient aux préfets de police et aux commissaires de police, à Paris, d'ordonner à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires ;

« Attendu que, lorsqu'ils croient pouvoir faire application de ces dispositions légales à une personne qu'ils supposent, à tort ou à raison, atteinte d'aliénation mentale, le préfet et les commissaires de police agissent dans la limite de leurs attributions et que leur acte, qui a tous les caractères d'un acte administratif, échappe à la compétence de l'autorité judiciaire. »

Aucun fait personnel n'était du reste reproché au préfet de police.

M^e Beurdeley se présentait pour celui-ci, et M^e Jacobson pour la demanderesse.

La croyance aux sorciers. — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du samedi 30 juillet 1904) raconte le curieux procès qui vient de se juger devant les assises de Bourges :

Le jury du Cher s'est prononcé, jeudi, sur une curieuse affaire née de la terreur qu'inspire encore dans les campagnes du Berry le pouvoir des sorciers. Pierre Mérot, maçon, demeurant à Saint-Georges-sur-Moulons, se croyait depuis un certain temps en butte aux persécutions de Anatole Ganet, auquel il attribuait un pouvoir de sorcier. Ce dernier, loin de combattre cette croyance, abusait par ses plaisanteries de la simplicité de Mérot. C'est ainsi que, le 10 avril dernier, vers 6 heures du matin, l'ayant rencontré dans un chemin, il lui dit : « Tu n'es donc pas mort ? » Exaspéré par ce propos, et

voulant en finir avec les sorts que lui jetait le prétendu sorcier, Mérot se précipita sur lui et lui porta un coup d'une violence telle que Ganet succomba dans la soirée.

Avant d'en arriver à cette extrémité, le meurtrier avait supplié son curé de l'exorciser et, sur le refus de ce dernier, s'était adressé à des missionnaires de passage dans le pays qui s'étaient également recusés.

Sur demande du président, le conseiller Choppy, au sujet des actes commis par Ganet à son égard, Mérot répond :

R. Il m'interpellait, frappait à ma porte. Une nuit, au lit, j'étais prêt à cracher ; du dehors, à travers ma porte, il me dit de cracher à droite ; or, il ne m'avait pas vu, et ne pouvait pas savoir si j'allais cracher sans être sorcier. A plusieurs reprises, il m'a donné la colique ; deux fois, il m'a frappé de paralysie.

D. Etes-vous bien sûr que c'est lui qui vous a donné ces maux ?

R. Oui, puisqu'il me les annonçait à l'avance. D'ailleurs, il en a ensorcelé bien d'autres.

D. Comment opérait-il ?

R. Par des frottements, par des signes et plusieurs autres manières.

D. Enfin, vous croyez ce que vous dites.

R. Monsieur, il fut un temps où je plaisantais la croyance aux sorciers ; mais depuis j'ai changé d'avis. D'ailleurs, demandez aux habitants de Saint-Martin ce qu'ils en pensent.

Les témoins appelés à déposer semblent d'ailleurs abonder dans le sens des dires de Mérot et déclarent qu'ils ne croient « pas trop » aux sorciers, mais que cependant « il ne faut pas dire non ».

Le jury, malgré le réquisitoire de l'avocat-général Kuntz, demandant la condamnation de Mérot, a acquitté le meurtrier du « sorcier ». Les jurés ont pensé, comme les témoins, qu'il n'y avait pas lieu de « trop croire » aux sorciers, mais que cependant « il ne fallait pas dire non ».

Si la bonne dame de Nohant vivait encore, se réjouirait-elle de voir toujours intactes les naïves croyances de ses paysans du Berry ?

FAITS DIVERS

Aliéné brûlé vif dans une cellule d'hospice. — On lit dans le *Matin* (numéro du vendredi 13 mai 1904) :

Mercredi soir, on amenait à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, en vertu d'un arrêté d'internement du maire de Rueil, un habitant de cette localité, M. Jean-Louis Patriarche, âgé de trente-six ans.

Le fou fut enfermé à 5 heures par la sœur Sainte-Augus-

tine, chargée de la surveillance des aliénés, dans le cabanon abandonné par le nommé Sanson qui, la veille, comme nous l'avons relaté, s'était évadé de l'hôpital.

A 8 heures, le service de surveillance des aliénés fut passé à la sœur Marie-Thérèse. Dans la soirée, au cours d'une ronde faite par un surveillant laïque, celui-ci vit de la fumée s'échapper du réduit où se trouvait Patriarche. Il donna l'alarme. Le personnel accourut. La porte ayant été ouverte, on aperçut le fou étendu sans connaissance sur le plancher. Il avait, à l'aide d'une allumette restée dans l'une de ses poches, mis le feu au varech de sa pailleasse. On se rendit facilement maître du commencement d'incendie.

L'interne de service, appelé à donner des soins au pauvre diable, constata qu'il portait de graves brûlures au visage et aux jambes. En outre, l'asphyxie avait déjà à demi fait son œuvre.

L'état de l'aliéné est considéré comme désespéré. (Il est mort le lendemain.)

M. Tampère, économiste directeur de l'hôpital, ne fut avisé qu'hier, à 7 heures du matin, de ce drame, et M. Carré, commissaire de police, à 11 heures seulement.

Ce magistrat télégraphia aussitôt au parquet de Versailles et ouvrit une enquête de laquelle il résulterait que l'accident serait imputable au manque de surveillance des sœurs ainsi qu'au nombre restreint du personnel de l'hospice.

Cette affaire a produit une certaine émotion dans la ville de Saint-Germain.

La guerre et la folie. — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 23 juillet 1904) :

« D'après la nervosité particulière aux Russes, on devait s'attendre à ce que les fatigues et les excitations de la guerre se traduisissent dans les rangs de la troupe par des cas nombreux de désordre mental ; c'est en effet ce qui s'est produit. Une première évacuation de soldats devenus fous a été faite par train spécial vers Moscou. On observe à ce point de vue, dans la presse russe, qu'il serait convenable d'épargner à des malades surexcités la tension nerveuse qui résulte nécessairement d'un voyage de 8.000 kilomètres accompli dans de mauvaises conditions matérielles ; malheureusement il n'existe en Sibérie aucun hôpital propre à recevoir des aliénés. Les hôpitaux y sont défectueux et manquent de place ; à Tomsk, par exemple, la clinique des maladies mentales est installée dans l'ancienne prison. »

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1905

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *De l'association des idées chez l'idiot et l'imbécile.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1903 et en 1904, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.*

ANNÉE 1906

PRIX AUBANEL. — 1.000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1904 pour les prix à décerner en 1905, et le 31 décembre 1905 pour ceux à décerner en 1906, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Histoire.

UN NEUROLOGISTE DU GRAND SIÈCLE

FRANÇOIS SYLVIUS DELEBOE

DISCIPLE DE DESCARTES

Par le Dr L. WAHL,

Médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre.

Lermoyez et Guisez (1) dans un tout récent article écrivaient ceci : « Il n'y a pas à le nier que, quelle que soit la sagacité des cliniciens ou leur don d'observation, les grandes évolutions de la médecine ne se sont jamais faites que de deux manières, vers l'erreur à la faveur des doctrines philosophiques et vers la vérité grâce à des techniques nouvelles. » C'est pourquoi, il nous a paru intéressant de rechercher quel rôle a joué dans la

(1) Lermoyez et Guisez. *Presse médicale*, 23 décembre 1903.

médecine du temps la rénovation de la philosophie moderne, c'est-à-dire le cartésianisme. Nous avons peine à nous rendre compte comment une doctrine qui ne reposait que sur une hypothèse aussi peu probable que celle des esprits animaux et sur une conception aussi étroite que la négation de l'âme des bêtes, ait pu obtenir près des naturalistes et des médecins le succès extraordinaire qu'elle a eu ; mais il faut reconnaître que Descartes anatomiste exact et consciencieux est évidemment très supérieur à Descartes physiologiste. On peut le considérer sans exagération comme l'un des continuateurs des anatomistes du siècle précédent, de Vésale, de Fallope, de Fabrice d'Acquapendente et surtout de Jacques Dubois, l'illustre anatomiste du Collège de France, qui étudia le cerveau avec tant de soin et essaya le premier de pénétrer la structure intime des centres nerveux. Dubois latinisa son nom suivant la mode du temps : on le connaît généralement sous le nom de Sylvius ; il est donc l'homonyme de l'auteur que nous allons étudier dans les pages qui vont suivre.

Mais si Descartes n'est plus guère admiré de nos jours comme naturaliste, il l'est et il le sera toujours comme mathématicien et surtout comme philosophe. Sans doute, l'hypothèse des tourbillons a sombré comme tant d'autres devant les progrès de la science moderne : mais on ne se lassera pas d'apprécier à sa valeur l'homme courageux qui osa mettre le critérium de la certitude dans l'évidence au lieu de le placer dans la parole du Maître (1). C'est pourquoi les contemporains éblouis adoptèrent avec enthousiasme la doctrine nouvelle tout entière et que les parties les plus hasardées du système furent considérées comme aussi incontestables que les autres, plus peut-être. Le cartésianisme.

(1) Discours sur la Méthode; Méditations.

est un article de foi pour des écrivains de la valeur de Bossnet (1) et de Malebranche. Peu de temps après sa mort, il devint une idole que ne parvinrent à ébranler ni le matérialisme de Gassendi, ni l'ironie de La Fontaine (2), ni l'esprit de M^{me} de Sévigné (3). Ce ne fut que plus tard que Locke, commenté par Voltaire (4), ramena comme au temps de Socrate la philosophie du ciel sur la terre et servit d'initiateur aux médecins et aux philosophes qui, depuis Condillac et Cabanis (5) jusqu'à nos jours, ont cherché dans l'étude de la phénoménologie l'explication des faits et n'ont point tenté de connaître ce qu'il n'est pas donné à l'homme de savoir. « La Métaphysique est le roman de l'esprit », a dit Voltaire (6), et Kant (7) a assigné les limites de la science humaine qu'a encore resserrées Auguste Comte (8).

Mais si les compatriotes de Descartes, qui l'avaient presque persécuté de son vivant, devinrent si enthousiastes de lui après sa mort en Suède, essayons de nous représenter quelle devait être l'autorité dont il jouissait dans le pays où il avait écrit ses principales œuvres, dans cette Hollande où il avait vécu dans « un poêle » pour méditer plus à son aise, sur lui, sur Dieu, sur le monde extérieur. Car, ne l'oublions pas, c'est à Leyde qu'enseigna notre Sylvius. Bien qu'originaire des pays rhénans, c'est là qu'il acquit sa réputation, une des plus grandes qu'il y ait eues dans cette école célèbre. Et tandis qu'en France l'enseignement universitaire se

(1) *Connaissance de Dieu et de soi-même*, passim.

(2) Cf. *La Fable : Les deux Rats, le Renard et l'Œuf*.

(3) *Lettres à Madame de Grignan*, citées par Paul Albert. *Littérature française au XVII^e siècle*.

(4) *Dictionnaire philosophique*. Art. Locke.

(5) *Rapports du physique et du moral*.

(6) Voltaire. *Dict. philos.* Art. Métaphysique.

(7) *Critique de la Raison pure*.

(8) *Cours de philosophie positive*.

trouvait dans l'ornière de la routine, moins cependant qu'on ne le croit généralement, à Leyde, on adoptait les nouvelles découvertes et on cherchait à en tirer des conséquences intéressantes et utiles.

Plus tard, peut-être, montrerons-nous dans une autre étude les progrès que Sylvius chercha à introduire dans la thérapeutique en utilisant la théorie nouvelle des alcalins et des acides de Van Helmont (1), première ébauche très grossière des travaux qui devaient un siècle et demi plus tard immortaliser les noms de Lavoisier, Guyton de Morveau et Berthollet. Je me contenterai ici d'étudier la façon dont Sylvius envisage ce que nous appelons aujourd'hui la neuro-pathologie.

Alors qu'à Paris et ailleurs on avait la découverte impérissable de l'immortel Harvey et que Guy Patin (2) faisait de l'esprit sur la circulation du sang, que Aëlius Parisianus, à Venise, prétendait qu'on n'entendait les bruits du cœur qu'à Londres (3), Sylvius n'hésita pas à se constituer l'un des champions les plus ardents de la nouvelle idée et il poussa l'amour de la science jusqu'à pratiquer lui-même un certain nombre d'autopsies ; on en trouve même la relation dans ses œuvres ; elles sont bien rares, il est vrai, et bien imprégnées encore de l'esprit traditionnel de l'École ; nous reviendrons un peu plus loin sur ce sujet.

L'hypothèse fleurit cependant beaucoup trop dans les œuvres du savant que nous étudions, et celle des esprits animaux l'a tellement convaincu qu'il parle de ces éléments comme s'il les avait vus. En revanche il est très exact dans ses descriptions.

(1) Cf. sur la doctrine de Van Helmont, Figuier. *Vie des savants illustres*, art. « Van Helmont ».

(2) *Lettres*.

(3) *Recentiorum disceptationes de motu cordis*, etc. Lugdunni Batavorum, 1647.

Citons ce passage de ces œuvres : « La convulsion ou spasme est le contraire de la paralysie ; on en ignore la nature, on n'en connaît que les signes extérieurs. La convulsion ne consiste pas en mouvements d'un muscle ou d'un segment de membre mais de tout le corps ou au moins d'un membre entier : c'est une maladie dans laquelle le mouvement animal est augmenté *præter naturam*, accompagné d'une trop grande expansion, distension ou insufflation des fibres musculaires. Les esprits animaux en trop grande abondance excitent ces fibres et les révoltent contre la volonté : la bouche est tordue, les muscles sont étendus puis fléchis et se gonflent : il y a différentes espèces de convulsions universelles dans le tétanos ; demi-universelles dans l'empristhotonos et l'opisthotonos dans lesquels les membres sont tordus et fléchis soit *entorsum* soit *dextrorsum* (1). La piqure d'un nerf (2) est cause de convulsions comme aussi l'acrète des humeurs du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière. On peut en constater dans la fièvre ardente (3) et dans les inflammations graves du cerveau (4)... Le pronostic des convulsions est grave bien qu'il varie avec la cause ; il est d'autant plus grave que la maladie atteint le poulx et la respiration, qu'elle s'accompagne de prostration et surtout dans le phrénitis (5) où

(1) L'empristhotonos et l'opisthotonos qui ne sont plus aujourd'hui considérés que comme des symptômes assez peu importants, avaient frappé beaucoup les médecins du xvi^e et du xvii^e siècles. Cf. Victor Hugo. *Notre-Dame-de-Paris*.

(2) Cf. les expériences de Brown-Séquard : épilepsie à la suite de la section d'un nerf transmissible par descendance.

(3) Qu'est-ce que Sylvius entend par fièvre ardente ? Remarquez la contradiction entre cette opinion et l'axiome hippocratique : « Febris accendens spasmos solvit. »

(4) Description classique de la méningite tuberculeuse.

(5) Le phrénitis dont le nom dérive de φρεν, diaphragme — encore appelé frénésie, désigne des états graves très complexes qui ne répondent complètement à aucune de nos descriptions modernes. Cf. également le mot italien *frénitria*.

elles sont presque toujours mortelles ou lorsqu'elles compliquent les blessures dans le tétanos; dans ce dernier cas la mort arrive dans les quatre premiers jours.

« Si le patient survit à cette date, il guérit (1). Les convulsions résultant des maladies de la tête sont très graves, souvent mortelles; on doit extraire par le trépan les fragments dans les fractures du crâne qui déterminent des convulsions (2). Ceci prouve que les mouvements des esprits animaux ne sont pas volontaires (3). »

Voyons dans le chapitre suivant ce que notre auteur pense de la catalepsie, question si controversée encore de nos jours et dans laquelle nos contemporains seuls ont jeté quelque lumière. « Dans la catalepsie ou préhension, dit Sylvius, tous les sens externes et internes paraissent être abolis; le mouvement animal n'est pas troublé : le sujet reste ce qu'il était au moment où la maladie l'a saisi; quoique les yeux soient ouverts il ne voit rien. Les mouvements ne sont ni augmentés comme dans les convulsions, ni diminués comme dans la paralysie et l'apoplexie... L'aspect du cataleptique est remarquable surtout, comme le dit Plater, lorsque le ventre et le thorax sont mobiles et le reste du corps immobile comme en stupeur, ainsi que je l'ai vu il y a quelques années sur un vieillard d'Amsterdam (4)...

(1) Remarquez l'exactitude de cette remarque. Cf. les travaux récents de Baccelli et de ses élèves.

(2) Pour la question si importante de la trépanation dans les fractures du crâne, cf. les traités classiques de chirurgie, et en particulier les leçons de Sédillot, et aussi les divers travaux relatifs à l'épilepsie jacksonnienne; je remarque que la trépanation n'est pas toujours suffisante pour guérir l'épilepsie jacksonnienne chez certains prédisposés. Cf. observations de Wahl, in *Thèse* de Paul Robert, Paris, 1901.

(3) Francisci Deleboë Sylvi. *Præcos medicæ*... Lib. II, C. 23.

(4) S'agit-il de quadriplégie hystérique? Ce serait un exemple curieux d'hystérie mâle, état si souvent nié autrefois, mais bien établi maintenant par l'École de la Salpêtrière.

Dans la catalepsie il y a suppression du mouvement volontaire; mais, si on excite le sujet, les membres peuvent se fléchir sans douleur, le pouls et la respiration restent normaux, bien que les membres soient en rigidité complète. Cet état est dû à ce que les esprits animaux sont coagulés. »

Oh! séduction de l'hypothèse : cet esprit sagace, ce clinicien remarquable qui décrit en termes si exacts pour l'époque une affection aussi délicate à observer que la catalepsie, se croit obligé d'en donner une explication. Il jongle avec les esprits animaux, il parle d'eux comme s'il les avait vus. Ne nous rappelle-t-il pas certains médecins modernes qui décrivent les conditions biologiques des microbes de la syphilis et de la rougeole que personne n'a pu encore isoler?

Plus loin F. Deleboë décrit avec talent les diverses variétés du sommeil naturel et surnaturel ou maladif. Il distingue dans ce dernier cas le coma vigil avec délire mais dans lequel les yeux sont ouverts, et le coma somnolent hypnode ou cataphorie dans lequel le délire se traduit en paroles incohérentes et qui présente les plus grandes analogies avec ce que le professeur Régis (de Bordeaux) a décrit sous le nom de délire onirique (1). Un degré de plus c'est la léthargie ou propension « inexpugnable » au sommeil profond et grave; le carus est un sommeil profond dans lequel tous les sens sont tellement obnubilés qu'on ne peut les exciter qu'avec la plus grande difficulté. Plus profond est encore le coma de l'apoplectique.

Quelques lignes plus loin (2) il nous apprend que l'humidité aqueuse de la pituite provoque le sommeil

(1) *Manuel des maladies mentales* et Congrès des aliénistes de ces dernières années.

(2) Sylv. *Praxeos medicæ*. Lib. 2, Cap. 26.

parce qu'elle a une vertu narcotique ; de même l'opium a une vertu dormitive. O Molière, grand et divin artiste, tu n'as pas toi-même inventé cette explication bouffonne ! N'es-tu pas ainsi le plus grand des poètes naturalistes ?

Diafoirus et Purgon, tes enfants immortels, porteront jusqu'aux plus lointaines générations cette vertu dormitive de l'opium, et en trouvant sous la plume si docte de Sylvius cette énormité, on ne peut s'empêcher de songer à Boileau et de dire que le vrai pent quelquefois n'être pas vraisemblable.

Quelques pages plus loin est un chapitre sur les Rêves. Notre auteur ne croit plus à l'importance du songe divinatoire, cher à tant d'auteurs de l'antiquité, du moyen âge et même de la Renaissance ; il sait que c'est un phénomène psychologique et cherche à l'expliquer : « Les cauchemars, dit-il, sont une aberration grave des sens internes, qui représentent à l'esprit des objets fictifs ou faux, d'où résultent l'anxiété de l'esprit et la fatigue du corps, souvent accompagnés de sueurs abondantes... » « Les songes peuvent être causés par un vice de l'âme ou par une altération des esprits animaux. » Cette explication est obscure, je le veux bien, mais, est-on beaucoup plus avancé après qu'on a lu sur ce sujet bien des ouvrages récents ? Sans doute, l'analyse psychologique est serrée de plus près par Maury (1), par Max Simon (2). Plus récemment, Vaschide et Vurpas (3) ont pénétré plus loin encore dans l'étude du rêve ; mais la théorie des neurones n'est qu'une théorie aussi hypothétique que celle des esprits

(1) Maury. *Le Sommeil et les Rêves*.

(2) Max Simon. *Le Rêve*.

(3) Vaschide et Vurpas. *Le rêve chez les paralytiques généraux*.
Congrès de Madrid, 1903.

animaux, et tout récemment Durante (1) a essayé d'en montré tous les côtés faibles.

Deleboë étudie, dans le chapitre suivant, l'incube. Citons-le en entier, car il est très court, et surtout parce qu'il nous montre que l'auteur est aussi loin des folles rêveries de Bodin (2) que des explications modernes par les illusions génitales (3). « L'incube, dit-il, est une sorte de songe dans lequel on ressent une fausse impression de personne ou de chose se couchant sur le thorax, qui amène la suffocation et empêche de crier : les causes premières sont un trouble du souffle respiratoire et des organes de la voix, un sommeil profond et un délire passager. C'est là une lésion du corps et non de l'esprit. Pour réaliser ce trouble, il faut : 1° une lésion des esprits animaux; 2° une maladie des organes respiratoires; 3° de la folie de l'imagination. »

Un peu plus loin, Deleboë consacre un chapitre au somnambulisme. Pour lui, c'est une maladie de l'âme trop fixée sur un seul objet et qui se laisse envahir par lui. Remarquons que cette façon de voir se rapporte à l'idée fixe, telle que la comprend par exemple Janet (4), bien plutôt qu'an somnambulisme.

Sylvius localise l'hypocondrie, comme le faisait l'École galénique, dans la région anatomique appelée hypocondre; il ne conçoit aucun doute à ce sujet, et dans une relation d'autopsie que nous trouvons dans ses œuvres, Deleboë n'a même pas l'idée de chercher ailleurs que dans le ventre la cause de la mort d'un hypocondriaque; il ne lui a même pas paru utile d'ouvrir la boîte crânienne de ce sujet, qu'il observait à l'hôpital de Leyde.

Sous le nom d'hypocondrie, Sylvius décrit, en effet,

(1) Durante *Le Neurone. Revue Neurologique* 1903.

(2) Bodin. *Démonologie*.

(3) Leuret. *Recherches sur la folie*.

(4) Raymond et Janet. *Névroses et idées fixes*.

ce que nous appelons aujourd'hui de ce nom, et aussi la mélancolie que, peu après sa mort, le second, Willis, isola cliniquement, et l'état cénesthésique particulier que de nos jours Beard a isolé sous le nom de neurasthénie. Il y a peu d'années encore, cette névrose était niée en tant qu'entité morbide par un certain nombre d'auteurs; nous nous rappelons qu'à l'époque où nous avons l'honneur d'être l'élève de Germain Sée, nous avons entendu bien souvent cet illustre clinicien dire que pour lui la neurasthénie n'était autre que l'hypocondrie changée de nom. Malgré l'autorité de notre maître, nous admettons, avec toute l'École neurologique moderne, la réalité du syndrome décrit par Beard, mais en faisant remarquer que, pour beaucoup de nos contemporains, la nouvelle entité morbide décrite par l'auteur américain a absorbé l'hypocondrie. Pour nous, nous croyons, avec la plupart des psychiatres français contemporains (1), que ces deux états pathologiques existent, qu'ils sont distincts, et qu'on peut les diagnostiquer assez facilement.

D'après Sylvius (2) les principaux signes de l'hypocondrie sont l'angoisse précordiale (3), la défaillance de l'âme, les éructations parfois acides, parfois indolores (4), les nausées, les vomissements (5) qui souvent sont formés de matières épaisses, amères et quelquefois mêlées de bile (6), des alternatives de

(1) Cf. Ségla. *Leçons de la Salpêtrière* et le *Traité* tout récent de Gilbert Ballet, 1903.

(2) Sylvii. *Opera appendia tractatus*, VII.

(3) Ségla. In *Traité de pathol. ment.* de G. Ballet.

(4) Mathieu. Dyspepsie, in *Traité de médecine* Charcot-Bouchard; du même : *Hygiène du neurasthénique*.

(5) La symptomatologie d'un certain nombre de dyspepsies est encore aujourd'hui bien obscure, malgré les très intéressants procédés de recherches et de diagnostic qu'ont étudiés Lépine, Hayem, Mathieu, Soupault, Winter, Bouchard, etc.

(6) Cette description semble appartenir surtout au vomissement matutinal des alcooliques.

diarrhée et de constipation (1), de froid entre les deux épaules et aux lombes, de suffocations dues à la passion utérine qui ferme le gosier et qui étrangle (2). Souvent aussi il existe un gonflement de la région hypocondriaque, allant jusqu'à la formation d'une véritable tumeur gênant la respiration (3). Souvent aussi on observe des sueurs froides, d'autres fois des bouffées de chaleur (4) pendant lesquelles la face devient rouge et colorée. Fréquemment aussi il existe des lourdeurs de tête, ou au contraire la tête paraît vide (5), parfois le malade ressent des tintements d'oreille. Le sujet se plaint d'avoir le corps brisé (6) par suite de vapeurs qu'exhalent les muscles et qui détruisent les esprits animaux. Par ce dernier membre de phrase on aperçoit comme l'ébauche d'une vague théorie toxique qu'on peut rapprocher de celle qu'a esquissée Bouchard à propos de la gastrectasie (7). Souvent cet état est accompagné de troubles des facultés intellectuelles, de troubles de la mémoire, d'affliction, de crainte avec délire : on a alors le délire hypocondriaque (8); lorsque le malade se désintéresse de tout et de tous, « c'est la mélancolie hypocondriaque dont, dit Deleboë, j'ai

(1) Cf. Mathieu, Soupault, et surtout les travaux de physiologie tout récents du professeur Pavlov, de Saint-Petersbourg, sur la digestion intestinale.

(2) Ceci appartient en propre à l'hystérie et non à la neurasthénie. Cf. Briquet, Charcot, Janet.

(3) Ceci semble faire allusion au gonflement de l'estomac dans la gastrectasie si bien décrite par Bouchard, qui souvent s'accompagne d'autres ptoses (F. Glénard).

(4) Cf. Dutil. Art. Neurasthénie. *Traité de Médecine* Charcot-Debove.

(5) Remarquez combien cette description se rapproche de celle donnée par Beard dans son travail original. Cf. aussi les travaux de Krishaber sur la névropathie cérébro-cardiaque.

(6) C'est l'asthénie neuro-musculaire l'un des plus importants stigmates de la neurasthénie.

(7) Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies.

(8) Arnaud. In *Traité* G. Ballet.

observé des exemples à l'hôpital de Leyde (1). Parfois cet état se complique de convulsions, d'apoplexie, de paralysie (2). Dans l'hypocondrie, l'urine est variable mais souvent épaisse, rougeâtre ou noirâtre, contenant des sédiments variés, de petits nuages de graisse plus ou moins denses et plus souvent encore du sable rougeâtre, jaunâtre et quelquefois même blanchâtre (3).

Quoique Sylvius préconise encore l'hellébore dans le traitement de la folie (4) par un reste de confiance dans des préjugés bien des fois séculaires, il montre une sagacité telle, dans l'exposé général de sa thérapeutique de l'hypocondrie, que nous le croirions écrit d'hier, tant les remarques qu'il a faites sont judicieuses. L'hypocondriaque doit séjourner à la campagne, dans un pays où l'air est pur; il ne doit abuser ni de nourriture, ni de boisson; mener une vie régulière, éviter le trop long séjour au lit aussi bien que la veille exagérée, ne pas retenir dans son corps trop de matières excrémentitielles ni le sang des hémorragies régulières (mens-trues, hémorroïdes); il doit surtout se livrer à des exercices bien réglés et éviter les compressions pénibles. Il doit aussi corriger les humeurs peccantes (5) et évacuer artificiellement celles qui ne peuvent être modifiées. On doit aussi réparer les forces perdues. Pour bien faire sentir l'analogie, empruntons à Dutil (6)

(1) Anglade et Ballet. In *Traité* G. Ballet.

(2) Tous les cliniciens savent combien cette forme de délire (la mélancolie) est fréquente chez les hémiplegiques (Magnan), et aussi combien les épileptiques sont fréquemment des hypocondriaques (Féré).

(3) Dutil. Art. Neurasthénie du *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard.

(4) Cf. Anglade. In *Traité* de Gilbert Ballet.

(5) Cette expression rappelle la doctrine des humoristes si célèbre à différentes époques de l'histoire de la médecine.

(6) Dutil. *Loc. cit.*

l'exposé des règles du traitement de la neurasthénie. Pour être efficace le traitement doit viser les trois points essentiels que voici :

- a) La suppression de la cause occasionnelle qui a provoqué le développement de la névrose ;
- b) La soumission du patient à certaines règles d'hygiène et l'emploi de moyens physiques tels que l'exercice, l'hydrothérapie, le massage, l'électricité ;
- c) Enfin et surtout, l'action morale suggestive que le médecin doit exercer sur l'esprit du malade.

Signalons un autre chapitre du livre de Deleboë sur la mélancolie, mais qui ne présente que très peu d'intérêt, car il est une réédition de la vieille conception scolastique sur la bile noire et ses inconvénients.

Cependant Sylvius admet que les esprits animaux trop excités produisent cet état : c'est le seul point de vue neuf qu'indique notre auteur.

De cette longue étude d'un auteur bien oublié aujourd'hui, nous voulons tirer certaines conclusions qui, pour n'avoir point le mérite de la nouveauté, doivent être rappelées de temps à autre. C'est de montrer comme l'a dit un de nos maîtres les plus regrettés, le professeur Baillon, qu'« avec le temps, beaucoup de temps, sans doute, la médecine progresse et se perfectionne » (1) ; mais que nous ne devons pas oublier que les cliniciens d'autrefois ont vu les mêmes faits que nous, qu'il les ont étudiés avec au moins autant de sagacité et que sur beaucoup de points notre thérapeutique est aussi hésitante que la leur. Nous ne voulons pas, semblable au vieillard dont parle le poète, rabaisser le présent pour élever le passé ; mais nous voulons faire remarquer que quelques nombreuses que soient les acquisitions faites depuis trois siècles, en anatomie, en physiologie, en

(1) Baillon. Botanique cryptogamique.

hygiène et surtout en physique, en chimie, en étiologie, en pathogénie et en anatomie pathologique, notre médecine reste la fille de celle des vieux auteurs. Comme Fiessinger, d'Oyonnax (1), nous voulons montrer le développement continu des connaissances humaines, et rappeler que la neuropathologie n'est pas plus fille de Bichat et de Magendie, que la fièvre typhoïde ne l'est de Louis ou d'Eberth, que la chirurgie ne l'est de Dupuytren ou de Sir J. Lister.

Ce qui a surtout changé, c'est la façon d'interpréter les faits : les explications scientifiquement établies ont pris la place des théories, et comme le disent Laveran et Tessier (2) les théories passent et les faits restent. Si, abandonnant les esprits animaux et leurs mouvements, nous ne considérons dans Sylvius que le nosographe, nous remarquerons que les malades qu'il a vus sont identiques à ceux que nous observons aujourd'hui, les névropathes du temps de Louis XIV sont absolument semblables à ceux du xx^e siècle. C'est à la même conclusion qu'amène la lecture de Molière (3). Son malade imaginaire est un aliéné hypocondriaque, tel que de temps à autre on en voit dans nos asiles et même ailleurs.

Mais si la clinique est restée la même qu'autrefois, que de progrès par ailleurs ! Depuis la circulation du sang que connaissait déjà Deleboë, que de découvertes ! Pour rester dans le domaine de la neuropathologie, citons les noms de Fallope, de Viussens, de Vicq-d'Azyr, de Baillarger, de Luys, de Parchappe, si célèbres comme anatomistes ; tous les histologistes depuis Schwann jusqu'à Kölliker, Ramon y Cajal et Golgi ; les

(1) Fiessinger d'Oyonnax. La thérapeutique des vieux maîtres. *Médecine moderne*, 1898.

(2) Préface de leur *Manuel de Pathologie*.

(3) Debove. Conférence sur Molière.

physiologistes Pourfour du Petit, Magendie, Claude Bernard, Broca, Turck, Vulpian, Pflüger ; les anatomo-pathologistes qui furent aussi des cliniciens : Bayle, Calmeil, Charcot, Friedreich, Duchenne de Boulogne, Lasègue ; des psychiatres : Willis, Pinel, Esquirol, Ferrus, Conolly, Morel — et que de découvertes faites hier, sous nos yeux : la cytologie, la ponction lombaire, la cryoscopie, l'urologie, l'hématologie !

La théorie a de moins en moins de place en médecine, mais elle n'y existe encore que trop : bien des explications pathogéniques sont obscures, voire même invraisemblables, et ce n'est que peu à peu que de nouvelles découvertes éclairent bien des points obscurs, rejettent dans l'ombre des hypothèses qui ne sont point reconnues légitimes.

Mais ce qui formera toujours la différence entre la science de nos successeurs et celle de nos prédécesseurs, c'est la disparition de plus en plus complète du principe d'autorité. On ne s'incline plus aujourd'hui devant les idées d'un maître, quelque grand qu'il soit. Chaque jour de nouvelles découvertes modifient notre manière de voir, de telle sorte qu'on nous reproche souvent avec raison notre emballement excessif sur des théories qui bientôt après sont reconnues fausses ; mais ces erreurs mêmes ont leur utilité par les travaux qu'elles provoquent pour les attaquer ou les défendre.

Le génie est toujours aussi rare qu'autrefois, mais la science remplace partout la poésie. Nos méthodes d'analyse clinique sont à la portée de tous, tandis que chez les anciens, un don spécial : le sens clinique, n'était le privilège que d'un petit nombre.

On cite des diagnostics merveilleux de tous les vieux auteurs ; mais ils auraient été bien embarrassés pour les justifier. C'était chez eux un éclair de génie, une inspiration d'en haut.

Sans doute l'habitude, le raisonnement, l'observation favorisaient l'expansion d'un don naturel ; mais alors la médecine était un art : on avait ou on n'avait pas le don nécessaire à la pratique de cet art. Aujourd'hui la médecine est une science que tous peuvent acquérir par le travail ; nos procédés de laboratoire et d'investigation clinique sont à la portée de tous, ils ne demandent qu'un apprentissage prolongé et un travail acharné et continu.

Psychologie morbide

LES SAUVETEURS

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE

Par Martial VERGNOLLE

Si nous n'envisageons le sauvetage qu'à un point de vue unique, si nous ne lui reconnaissons d'autre but que celui de sauvegarder l'existence matérielle d'un individu, nous constatons qu'il embrasse déjà les actes les plus divers.

Nous essaierons de classer en cinq catégories les manifestations concourant à ce but, d'après leur valeur morale, c'est-à-dire d'après les motifs qui les déterminent, en négligeant toute considération du résultat obtenu ou de la portée sociale de ce résultat. Nous en arrivons ainsi à écrire la *psychologie des sauveteurs*.

Dans la première catégorie nous rangerons les actes qui, plus ou moins réfléchis, sont toujours dépourvus de spontanéité, n'exposent nullement la vie de leurs auteurs et dans lesquels, en raison du temps écoulé entre l'intervention-cause et son effet, la détermination de cette cause même devient incertaine, divers facteurs pouvant agir pendant cette période. De plus, le lucre peut être le mobile de ces actes.

Le médecin qui prodigue ses soins à un malade en danger de mort et lui rend la santé ; l'homme généreux

qui prête une assistance pécuniaire ou morale à un désespéré et l'arrête au bord du suicide ; le cœur compatissant qui recueille dans la rue un enfant abandonné dont la frêle existence n'est qu'une question d'heures, ceux-là devraient plutôt être qualifiés sauveurs et accomplissent des actes qui entrent dans cette catégorie.

En effet, si nous prenons le premier de ces exemples, nous reconnaissons que dans nombre de cas semblables le retour à la santé n'est pas fatalement lié à l'intervention de l'homme de l'art. Peut-être la nature médicatrice y eût-elle suppléé ?

Dans le second, il n'est pas établi que le sujet, victime d'un revers de fortune, se soit donné la mort sans un secours humain. Peut-être traversait-il une période dépressive qu'allait remplacer une heureuse réaction et enfin, dans le dernier exemple, l'enfant abandonné pouvait vivre un temps suffisamment long pour rendre certaine une intervention préservatrice.



Dans la deuxième catégorie nous comprendrons les actes qui, tout en constituant un véritable sauvetage, ne font pas courir un danger réel à ceux qui les accomplissent.

On considère ici l'imminence du péril, la spontanéité de l'action et un rapport étroit entre cette action-cause et l'effet produit. Mais il s'agit plutôt d'un acte de courage que de dévouement ; ce n'est pas encore là le sauvetage idéal.

A vaincre sans péril on triomphe sans gloire.

C'est le fait de celui qui, de la berge ou d'une barque, lance une corde ou tend une perche à l'être humain sur le point de se noyer ; de celui qui projette un liquide

extincteur sur la victime d'un incendie ; de celui qui s'embusque et tire au passage sur un animal dangereux prêt à l'attaque ; de celui qui part à la rencontre d'un train pour en déterminer l'arrêt avant le point où la voie est accidentellement détruite... Tous ces généreux citoyens font preuve déjà d'un certain courage ; leurs actions peuvent être placées ici.

*
* *

Le troisième groupe comprend les actes qui, comme les précédents, sont des sauvetages réels, de plus, exposent la vie de leurs auteurs, mais ne sont pas accomplis librement. Ils ont parfois l'intérêt matériel comme mobile ou ne sont que la conséquence d'actes tentés dans un autre but.

Mentionnons ici la plupart des manifestations du courage militaire.

Les faits de cette nature étaient fréquents chez les anciens qui, essentiellement guerriers, les honoraient des plus hautes récompenses. La mémoire des Codrus, des Décins et des Curtius est ainsi passée à la postérité.

Il y a bien dans ces actes de bravoure, dans ces prouesses fameuses, de véritables sauvetages, des dévouements grandioses ; mais pour les accomplir il faut un certain entraînement, une transformation de la mentalité qui fait de tout guerrier un être obsédé par la suppression d'un ennemi et incapable, à un moment donné, de juger humainement.

Le militaire marche au combat grisé, excité, hypnotisé et, le plus souvent, agit dans des conditions quasi pathologiques. Il faut bien reconnaître que c'est généralement au prix de l'homicide, légitimé d'ailleurs par les circonstances, que s'accomplit l'acte de courage militaire.

Au point de vue de l'humanité et de l'utilitarisme général, l'acte qui consiste à supprimer un individu pour en conserver un autre d'égale valeur doit être tenu pour nul.

Les faits militaires mis à part, cette troisième catégorie renferme notamment les actes accomplis par les agents plongeurs, les pompiers, les marinières conduisant les bateaux de sauvetage, les agents de la force publique arrêtant des malfaiteurs ou des aliénés. Ce sont là, fréquemment, des actes de courage mais non de dévouement proprement dit. Ils sont accomplis par les professionnels du sauvetage auxquels leur métier a appris à atténuer les risques d'accidents, risques diminués encore par l'emploi d'appareils spéciaux. Ces actes, enfin, ne sont pas matériellement désintéressés.

C'est peut-être ici qu'il faut placer le médaillomane, sorte d'excentrique orgueilleux n'agissant que dans le but de se rendre populaire ou d'obtenir une récompense.

On le voit toujours prêt à plonger ou à s'élancer à la tête d'un animal... en repos. C'est, souvent aussi, un « loustic » qui, avant tout, prend ses précautions, guette le moment opportun, fait naître même les occasions, n'agit jamais sans de nombreux témoins et sans ostentation. Son acte accompli, il s'empresse d'aller faire panser des blessures généralement légères, invoque tous les témoignages possibles et entreprend aussitôt maintes démarches pour obtenir une distinction honorifique.



Nous placerons dans la quatrième catégorie le cas de celui qui, en même temps qu'un sauvetage, accomplit un acte de courage et de dévouement. Il soustrait, au péril de sa vie, son semblable à un danger imminent. Son action est libre, accomplie délibérément et complè-

tement désintéressée, du moins matériellement. C'est lui le véritable sauveteur. Son acte, tenu pour le plus noble et le plus méritoire, remplit vraiment les conditions requises pour l'obtention d'une distinction officielle.

Recherchons maintenant le déterminisme de cet acte.

Le dévouement a ses racines dans l'altruisme. Ainsi que le professe Auguste Comte, l'altruisme est inné chez l'homme au même degré que l'égoïsme, mais il peut être profondément modifié par l'éducation et croît en raison de la sensibilité morale au point d'annihiler l'égoïsme.

Il faut voir la première manifestation de l'altruisme dans l'amour qui préside à l'union des sexes, lequel croissant en complexité, devient l'amour maternel auquel répond l'amour filial. Ce sont là les affections domestiques garantissant la conservation de l'espèce.

Poursuivant son extension, l'altruisme se manifeste sous la forme d'affection civique ou philanthropique.

On conçoit ainsi aisément que l'altruisme soit resté une obligation morale dans certains cas pour s'atténuer ensuite et devenir une simple faculté.

L'altruisme, mû par la sensibilité morale, devient souvent un impérieux besoin, quel que soit le cas ; mais il reste toujours, dans ses effets et ses résultats, au point de vue de l'éthique sociale, un imprescriptible devoir entre descendants et ascendants, entre conjoints. L'obligation s'atténue ensuite suivant le degré de parenté et arrive à son minimum entre individus que n'unissent d'autres liens que ceux de la fraternité.

C'est en raison de ces distinctions que la mère qui sauve son enfant, ou le fils qui sauve son père ne sont pas considérés comme des sauveteurs.

Nous négligerons ces exceptions pour étudier le dévouement dans sa forme la plus pure, lorsqu'il s'agit

du sauvetage d'un individu par un autre qui lui est totalement étranger.

Chez le sauveteur raisonnable, quelque rapide que soit son acte, il est cependant plus ou moins préparé. Le vrai courage est celui qui s'appuie sur la possession de soi et la sage réflexion. Aristote ne reconnaissait pas cette qualité au mépris du péril qui provient des dispositions physiques de l'individu.

Essayons d'analyser l'acte du vrai sauveteur.

Dans la délibération de celui-ci nous voyons en présence les différentes formes de l'utilitarisme : hédonisme, eudémonisme et utilitarisme social ou utilitarisme proprement dit.

Ainsi, le premier mouvement du sauveteur sera peut être déterminé par l'idée du plaisir, de la satisfaction que va lui procurer son acte. D'autre part, il va tenter de se débarrasser d'un sentiment douloureux, de se décharger de l'hypertension émotive que lui produit la vue d'un être en danger. Rechercher le plaisir ou fuir la douleur ne sont au fond que deux formes différentes de l'hédonisme.

Mais l'hédonisme ainsi compris peut être renforcé ou combattu, si la délibération se prolonge, par l'utilitarisme social. Une part assez large sera faite alors à l'intelligence et à la volonté.

Le vrai sauveteur mesurera le danger à courir, l'efficacité des moyens à lui opposer. Il songera qu'il va exposer sa vie, la perdre, peut-être ; mais qu'importe, après tout, il est seul, la société perdra en lui un de ses membres et rien de plus. En revanche, s'il réussit, il conservera à la collectivité un ou plusieurs individus dont quelques-uns sont même des chefs de famille. Ces considérations traverseront son cerveau dans un rapide processus pour aboutir fatalement à l'acte.

Si, par contre, le sauveteur considère qu'il s'agit de

conserver un élément social de minime utilité : un enfant ou un vieillard, par exemple, et que, dans ce sauvetage il peut perdre la vie et ruiner une famille dont il est le soutien, c'est alors qu'il y aura vraiment conflit entre l'hédonisme et l'utilitarisme, c'est-à-dire entre la sensibilité morale du sauveteur et la raison qui commandera la recherche *du plus grand bonheur du plus grand nombre*. (J. Bentham.)

*
* *

Après avoir décrit le vrai sauveteur, le sauveteur raisonnable, nous terminerons cette étude par quelques lignes sur le sauveteur impulsif. Ici l'acte, au lieu d'être plus ou moins délibéré, est absolument spontané ; il se réduit, pour ainsi dire, à un pur réflexe. C'est celui que nous rangerons dans la cinquième catégorie.

Les remarquables travaux de Th. Ribot et de Dallengre nous ont éclairés sur la psycho-physiologie de l'activité volontaire ; ceux plus récents de Pierre Janet et F. Raymond sur la psychasthénie, et le beau livre de Pitres et Régis sur les obsessions et les impulsions, ont analysé les manifestations dans lesquelles la tendance à l'acte entre en conflit avec la volonté.

Qu'est-ce qu'une impulsion ?

Nous répondrons avec E. Régis, dont la définition nous paraît la plus simple et la plus claire, que « l'impulsion morbide est une tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte ».

Si nous cherchons à appliquer cette définition à quelques formes de sauvetage, nous reconnaissons vite que c'est bien là l'état de certains individus qui ne peuvent se trouver en présence d'un être en danger sans se précipiter à son secours. C'est ainsi qu'on peut observer des sujets qui, ignorant la natation, et même à l'issue d'un

repas, plongent au secours d'un noyé ; d'autres, n'ayant jamais approché un cheval, se précipitent à la tête de cet animal emporté dans une course vertigineuse ; d'autres, enfin, s'élancent dans une fournaise, courant ainsi à une mort certaine, irrésistiblement attirés par le danger.

Dans ces cas, il ne s'agit plus du vrai courage qui s'appuie sur la possession de soi et la sage réflexion, c'est de la *folie téméraire*. Ici la vue du danger couru détermine la réaction que Ch. Richet appelle *le réflexe psychique*.

Ces impulsions quasi-morbides ou même absolument pathologiques dans nombre de cas, entrent dans une classe de manifestations cérébrales qui n'ont pas encore été décrites, croyons-nous. Il y aurait ainsi, en considérant le but, la portée sociale de l'acte accompli : des impulsions utiles, des impulsions indifférentes et des impulsions nuisibles.

A priori, l'existence des premières se conçoit aussi aisément que celle des autres, l'activité pouvant s'exercer sous les formes les plus diverses.

Mais loin de s'émouvoir de ces manifestations qui, à l'encontre des impulsions nuisibles, peuvent être socialement utiles, on a exalté le sauvetage sous toutes ses formes, et devant ce culte aveugle, le sacrifice du sauveteur impulsif, disons même son suicide inconscient, n'a pas paru ; il s'est trouvé éclipsé par le but poursuivi, par le résultat attendu. On n'a pas reconnu chez le sujet un être dangereux pour lui-même, on n'y a vu qu'un citoyen généreux digne de la considération universelle.

Le sauveteur impulsif, celui qui, d'après une formule banale, « n'écoute que son courage », est un de ces « fous sublimes » qui, dans tous les temps, ont excité l'enthousiasme des foules toujours admiratrices du dévouement absolu, même stérile, au mépris de l'existence.

On pourrait rapprocher de ces faits les sauvetages accomplis par des sujets en état d'ébriété. Peut-être même cet état pathologique transitoire facilite-t-il l'exécution de l'acte par l'assurance qu'il donne au sauveteur agissant alors dans l'inconscience du danger. Il ne faut voir dans ces faits que des impulsions accidentelles, déterminées par une intoxication, et non un état psychique constitutionnel.

*
* *

Voici l'acte de sauvetage décrit dans ses formes diverses. Nous avons essayé de classer ces manifestations en prenant pour type de chaque catégorie un fait d'observation commune et bien défini en tant qu'objet ; puis nous avons groupé, autour de chacun de ces types, les actes qui s'en approchent le plus. Mais cette classification n'a évidemment rien d'absolu.

L'acte de sauvetage varie avec la personnalité de son auteur, sa valeur morale dépend essentiellement du mobile qui l'a commandé. Les deux éléments, courage et dévouement, qui en déterminent les formes les plus élevées, pouvant, d'autre part, se combiner en proportions infinies.

Depuis le secours au désespéré, qui va mettre fin à ses jours, jusqu'au sauvetage inconscient, on admet évidemment une infinité d'actes intermédiaires formant de la première à la cinquième catégorie une transition insensible.

On serait notamment embarrassé pour classer certains sauvetages dans la quatrième ou la cinquième catégorie. En dehors de certains actes typiques, accomplis par des sujets dont la mentalité est connue, il en est d'autres qui échappent à toute appréciation. Comment doser la logique et l'état volontaire dans l'acte de courage ?

Considérés en général, tous ces actes ne sont-ils pas empreints, à des degrés divers, de cette exaltation qui se traduit dans la devise des associations de sauveteurs : *Sauver ou périr*. De même que cette autre : *Vaincre ou mourir*, n'indique-t-elle pas, dans l'esprit des adhérents, cette latence d'un mouvement spontané aboutissant parfois au sacrifice inutile ?

Pathologie.

D'UNE MALADIE DE L'ATTENTION

Par le D^r Pierre HOSPITAL

Ancien médecin en chef de l'établissement d'aliénés
de Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.

Loin de moi la prétention de découvrir et de décrire exactement une maladie que je crois aussi vieille que le monde; elle a dû, en effet, exister de tout temps, dans tous les milieux, et, comme son intensité et son extension paraissent en raison directe du degré de civilisation, elle est plus multipliée que jamais à notre époque de passionnalisme, de surmenage et de déchaînement d'appétences de toutes sortes. Elle atteint les deux sexes, mais plus particulièrement le masculin, dans la seconde jeunesse et l'âge viril; les vieillards y sont beaucoup moins sujets, les enfants en sont exempts.

Elle se manifeste surtout chez les émotifs, les impressionnables, les irritables, les sensibles, les neurasthéniques, les passionnels, les riches; elle sévit dans la société bien plus que dans le peuple, chez l'oisif plus que chez le travailleur.

C'est dans les relations, les conversations, les confidences, les insistances qu'on la découvre et, fait curieux, on ne l'observe guère dans les asiles, et les aliénés confirmés y semblent assez réfractaires.

Comme analogie et classification, elle se rapprocherait des anxieux de doute et des névropathes susceptibles, de certains dégénérés, et en général des « nerveux ».

L'observation minutieuse et soutenue de ces quasi-malades vous permet de constater en eux des bizarreries, des inattentions coupées par des irritations subites en crescendo, souvent en contradiction avec une nature habituellement pacifique, et ce, pour des motifs futiles, inexplicables, le tout accompagné de mouvements du visage, des épaules, qui ne sont ni des tics, ni des gestes, mais qui décèlent un état d'impatience contenu. A cela, ajoutez des modifications inattendues de manière de voir, des sophismes entêtés, qui décèlent que l'individu n'est pas dans sa tranquillité, qu'il est agacé par quelque cause étrangère à la profession ou à l'interview, qu'il s'agit de découvrir, ce qui est loin d'être facile, l'intéressé, qui a le sentiment de sa névropathie, étant fort peu disposé à la dévoiler. Ajoutez des changements imprévus de chambre, de logement, de quartier, des abandons de distractions habituelles, des itinéraires insolites, des choses prises subitement en aversion, des confidences stupéfiantes, des explications évasives, des dissensions familiales inexplicables, des impatiences pour des riens, un aspect de souffrance morale plutôt que physique; on peut se dire qu'on se trouve en présence, non d'un délirant, non d'un aliéné, mais de quelqu'un dont l'attention est, invinciblement et malgré lui tenue en éveil par quelque cause excitatrice et absorbante, soit matérielle et s'adressant à un des cinq sens, soit idéale et alors s'adressant à l'esprit. Quelle que soit cette cause, elle envahit l'attention d'une manière douloureuse, importunante. Quand elle agit, elle suscite dans cette attention, devenue son esclave, un éréthisme extrême, une sorte d'hypertrophie, comme la dénomme

M. Ribot (*Psychologie de l'attention*, 1902), contre lequel le malade cherche en vain à réagir.

Inutile de fabriquer un néologisme, et de donner un nom grec à la maladie en question, qu'on pourrait à la rigueur appeler « angoproseximanie », mais ce serait bien prétentieux ; je me contenterai de lui laisser son vocable français, et de désigner ceux qui en sont atteints ainsi : « Névropathes irritables ».

En quoi consiste donc cette maladie particulière de l'attention ? La définition en est assez difficile, essayons néanmoins : elle consiste dans l'absorption involontaire de l'attention par une cause irritante, qu'aucun raisonnement, aucune résignation, ni même le temps, ni même la disparition quelquefois, ne peuvent vaincre ni surmonter, et qui, par son insupportabilité, rend la vie malheureuse et peut nuire à la longue à la double santé.

Les causes irritantes sont de deux espèces : les unes purement idéales, comme la prise en aversion de quelqu'un, surtout de parents, de conjoint, ou même de certaines choses ; les autres matérielles, s'adressant à tel ou tel sens, comme bruits, odeurs, toucher, vue. J'en rapporterai un certain nombre de cas ; et si singuliers qu'ils puissent paraître, je les ai observés, vus ou tenus de personnes dignes de foi.

La maladie peut commencer en même temps que la cause génératrice, et alors elle ne dérive que d'une disposition d'esprit, naturellement nerveuse, irritable et peu endurante ; mais sa caractéristique par excellence c'est le début soudain, alors que la cause existait déjà depuis plus ou moins longtemps. Il y a alors entre l'individu primitif et l'individu touché la même différence qu'entre entendre et écouter, voir et regarder, sentir et flairer, avaler et déguster. Alors l'attention morbide acquiert, quand il s'agit des sens, une étonnante acuité, d'autant plus poignante que rien ne peut

l'atténuer, que le malade reste réfractaire à l'accoutumance, sans quoi l'éréthisme attentif ne serait plus maladif, l'accoutumance serait plus ou moins longue, mais elle arriverait.

Avant d'aborder les cas que j'ai étudiés, ce qui ne sera pas inutile pour élucider ce qui précède, jetons un regard sur le passé, ce qui contribuera à jeter un certain jour sur la question.

L'histoire et le roman m'ont précédé ; en voici d'ailleurs quelques exemples qui, bien qu'apocryphes, n'en ont pas moins puisé leur idée première dans l'observation du monde : Victor-Hugo, dans ses *Lettres sur le Rhin*, rapporte la légende d'un margrave qu'« exaspérait » la cloche d'un monastère voisin ; elle tintait chaque fois que mourait un membre de la famille. Il fit appeler le prieur et lui ordonna de faire taire la cloche ; le saint homme ne s'y put engager. Le terrible seigneur la fit décrocher, y attacha le moine et les précipita dans le fleuve ; mais du fond des eaux la cloche sonnait toujours (survivance dans la mémoire de l'horripilation, même après l'extinction de la cause) (*Journ. interm. cur.*, septembre 1900). Pour mon compte, j'ai connu bien des personnes, hommes et femmes, que les cloches mettent hors d'elles au point d'être obligées de fuir ou de se boucher les oreilles : ne vaudrait-il pas mieux habiter chez les Orientaux, où sont interdits ces instruments de supplice ? Par contre, en Chine, et en Russie, à Moscou, la ville aux huit cents clochers, il en est tout autrement. — « Si je connaissais un pays où il n'y eût pas de chiens, j'irais vite y habiter », me disait un jour un cynophobe. — Sous l'ancien régime les seigneurs astreignaient les vassaux à battre pendant la nuit l'eau des douves, pour ne pas être importunés par le coassement des grenouilles. — Les sybarites avaient fait sortir de la ville tous les

métiers bruyants, afin de pouvoir reposer avec plus de tranquillité sur leurs lits de roses. — J'ai connu un vieux monsieur, voisin d'un monastère, qui avait fini par prendre en horreur la clochette régulière des exercices et en était très malheureux. Par contre, grand est le nombre de ceux qui se régalaient du son majestueux des cloches (*inter quos ego*), et d'autres qui ne les « entendent même pas ». — «... J'aimais à « entendre chaque matin cet assourdissant concert de « beuglements; sans doute s'il avait été produit par le « bétail d'autrui, je l'aurais trouvé « bien désagréable » (*Les Squatters australiens*, par Hubert de Castella). Il est de fait que le bruit ou tout autre désagrément qui émane de notre volonté ne nous importune pas comme ceux d'autrui : c'est parce que nous en sommes maîtres et que nous pouvons le faire cesser ou le modifier à notre fantaisie; ne trouvons-nous pas nos enfants charmants et ceux d'autrui insupportables? Il en est de même des désagréments professionnels, les exerçants n'en sont pas incommodés, et c'est souvent le voisinage qui est chargé d'en souffrir. « ... Elle fut pour l'écrivain fatigué (Jules de Goncourt), d'un extrême dévouement. Il se plaignait du bruit qu'il attribuait à des causes trop *extérieures*. Alors elle acheta successivement toutes les bêtes des alentours : des chiens, des coqs, que Jules de Goncourt affaibli supposait mener au dehors leur tapage pour l'ennuyer. » (*La Princesse Mathilde*, par Raoul Aubry, journal *Le Temps*, janvier 1904.) — Beaucoup d'écrivains ne peuvent travailler que dans le silence; j'ai connu un érudit qui ne pouvait se recueillir que les volets et les rideaux fermés et la lampe allumée en plein jour. — Le bon La Fontaine, dans sa fable du Financier et du Savetier, nous montre le premier « agacé » par les interminables chansons du second, son voisin, au point de lui offrir

de l'argent pour le faire taire. — Même conjoncture pour un officier ministériel, que j'ai connu, qu'un oiseau chanteur voisin empêchait de travailler ; il offrit vainement de l'acheter, car son propriétaire, loin d'en souffrir, en était fier et ravi : « tot capita... » — Daudet, dans le *Nabab*, parle des violentes irritations que causait au duc de Mora l'inexorable clarinette d'un aveugle du pont de la Concorde, et dans *Jack*, du même auteur, il est question d'une certaine harpe éolienne horripilante. — Tout le monde connaît le tableau d'Hogarth, le *Musicien au désespoir*. — J'ai traité un jeune homme devenu neurasthénique par suite, paraît-il, d'un peu trop de vie de garçon ; le moindre bruit le fatiguait et lui faisait l'effet d'un coup de canon ; son caractère s'était aigri, il mangeait peu et avait de la peine à travailler. — Homme faisant une scène violente à propos d'un orgue nocturne. (*Petit Journal*, septembre 1904.) — Un penseur pensait, quand il fut distrait désagréablement de ses réflexions par un orgue de Barbarie qui moulinait dans la cour ; sauter sur son revolver, traverser le ventre... de l'instrument de supplice, et se remettre à repenser avec une douce satisfaction, fut rapide comme l'éclair ; le chroniqueur ne parle pas de la question de dommages-intérêts, ni de contravention. (Venue d'Amérique??) Cette boutade, qui a l'air d'appartenir à la famille des palmipèdes, est cependant bien plus sérieuse qu'elle ne paraît ; qui sait si bien des méfaits instantanés, sans motif appréciable, sans autre imputation qu'un caractère irritable, n'ont pas été perpétrés dans un moment d'agacement subit, terrible, soit ressortissant lui-même à la situation du moment, soit lui étant étranger et reconnaissant une autre cause excitatrice, qui agissait à ce moment ; tout le monde connaît la grande susceptibilité des comitiaux.

Il doit bien y avoir quelque vingt ans que j'ai lu

dans la *Semaine médicale* le cas d'un ancien fonctionnaire retraité, qui, tout d'un coup, avait pris en aversion les coups de fouet des automédons dans les rues ; pendant bien des années il ne les avait pas même entendus, parce que n'en étant pas importuné, il ne les avait pas remarqués. J'ai observé moi-même un cas semblable, il y a plusieurs années ; l'individu en question, un jour importuné par la multiplicité des pétilllements du « stimulus » d'un charretier, à partir de ce moment en fut définitivement pincé, il distinguait très bien le coup de fouet de toute autre détonation comme par exemple celle des pistolets d'enfants, bien plus fortes et qui cependant ne l'importunaient en rien. — Une demoiselle très névrosée passait par la série polymorphe des excentricités qui devaient se terminer par la démence chronique ; un jour elle prit en aversion le chant nocturne et délicieux du rossignol au mois de mai ; il fallut que le jardinier de la propriété qu'elle habitait procédât sans retard à leur destruction, sans quoi elle aurait fait quelque mauvais coup. — Un homme voisin d'un établissement de pisciculture constata, dans une nuit d'insomnie, qu'il percevait très distinctement le bruissement des gouttes d'eau tombant sans cesse dans les couveuses d'alevins ; son attention une fois fixée là ne peut plus s'en affranchir : en vain cherche-t-il le sommeil, il les entendait maintenant le jour, ces gouttes malencontreuses, il en était malade et même très malheureux, et cependant rien n'est plus agréable que le bruit de l'eau dans le silence de la nuit, il est même poétique et majestueux. — Deux personnes ont trouvé à redire au bruit d'une fontaine, dont l'intonation répercutée leur était désagréable. — Un jeune étudiant que j'ai connu à Paris occupait une chambre proche d'une fontaine publique à piston ; il ne tarda pas à prendre tellement en grippe le bruit du

déclanchement, que lui apportaient les murailles, qu'il fut obligé de changer de chambre au grand étonnement de l'hôtelier qui affirmait qu'aucun des occupants précédents n'avait formulé la moindre plainte. Un autre prit le même parti, par suite d'un battement de porte de lienx. Depuis que l'usage de l'eau à domicile s'est généralisé, j'ai vu plusieurs névropathes qui se plaignaient du « coup-de-bélier ».

Les animaux tiennent une large place dans les tribulations des névropathes irritables. Par ordre de fréquence nous placerons en première ligne les oiseaux apprivoisés : roucoulements de pigeons, plaintes de tourterelles, chant nocturne des coqs, jacassement des perroquets, cri strident des perruches, cris affreux du paon, chansons estropiées et sifflements du merle, du sansonnet, de l'étourneau, bavardage des pies et geais de bois, modulations du merle de rocher, « kinkaia » de la caille, grincement guttural du faisan, ululement d'oiseaux nocturnes, etc. Demoiselle horripilée par un merle voisin et envahissant le logement, pour délivrer l'oiseau malencontreux. (*Petit Journal*, août 1904.) Or, pendant que d'aucuns ne prêtent aucune attention à ces différents ramages, et qui l'oreille et même la vanité des propriétaires respectifs en est délicieusement chatouillée, quelques grincheux ne peuvent les supporter, en éprouvent de violentes impatiences et ne s'y accoutument jamais.

Après les oiseaux, ce sont les chiens qui semblent tenir le record : leurs hurlements plaintifs quand ils sont perdus ou enfermés et que certains superstitieux regardent comme un « signe de mort », leurs aboiements inlassables quand ils sont de garde, leurs jappements acariâtres et obstinés quand on pénètre dans le logis, leurs ébats bruyants, causent bien de la tablature à certains dormeurs intransigeants. Que l'un d'eux

prenne en aversion un chien du voisinage, soyez sûr qu'au milieu du brouhaha d'une bataille canine il discernera sans hésitation la voix de son ennemi, et dans son irritation, il marmottera entre ses dents, quelque objurgation dans ce goût : « C'est idiot de tolérer de telles « bêtes, à peu près inutiles, sauf pour les bergers et les « aveugles, d'une indécence révoltante, ne gardant rien « du tout, puisque leurs aboiements, continuels, endor- « ment la sécurité du maître et préviennent les larrons, « affreusement dangereux pour tout ce qui est vivant, et « dont un tiers au moins se dérobe à l'impôt ; avec « l'argent qu'on dépense à les entretenir, que de pauvres « on nourrirait ! » Notre persécution ne fait, bien entendu ces belles objections philanthropiques que sous l'influence de l'*ab irato*. Les exemples de personnes, qui, après avoir eu quelque démêlé avec un chien hargneux, ne peuvent désormais plus souffrir ces animaux, ne sont pas rares.

J'ai été consulté deux fois pour les chevaux ; pendant la nuit ces animaux frappent du pied, remuent, pour manger ou s'ébrouer, la chaîne de leur licol, et parfois se battent en poussant certains hennissements plaintifs. Une dame qui souffrait de ce voisinage vint me consulter, elle en était malade. Un autre ne parlait rien moins que d'intenter un procès ; je ne pouvais leur répondre que par cet adage : « Charbonnier est maître chez lui »... Et pendant ces nuits-là, les garçons d'écurie dormaient à poings fermés !

Le brouhaha de la rue, composé d'une foule de bruits, est en général admis sans désagrément ; celui des usines et fabriques est très variable selon ce qui s'y prépare ; à une certaine distance le bruit se perd dans l'atmosphère et est sans importunité ; par contre, selon l'état des locaux, il peut être répercuté et même augmenté par la répercussion de l'écho. Il est certain que

le voisinage d'une usine, outre la fumée et certaines odeurs, par le martelage d'immenses générateurs : « *Insonnere cavæ gemitumque dedere cavernæ.* » (Virgile.) Les trépидations des enclumes, des marteaux-pilons, les souffles puissants des ventilateurs, le grondement de la machination, et les cris déchirants de la sirène ne sauraient être du goût de tout le monde ; de même pour chaudronniers, poêliers, taillandiers, tonneliers, dont le ramage ne rappelle en rien le silence mystérieux des forêts vierges. Parmi les bruits qui ont paru les plus insupportables, les « rythmés » tiennent le premier rang ; chaque profession a un bruit spécial, en quelque sorte *sui generis*, que le névropathe discerne parfaitement au grand détriment de sa tranquillité. Les plus fatigants sont les « irréguliers », attendu que le patient, ou plutôt « l'impatient », est sans cesse sur le qui-vive ; tandis que ceux qui commencent et finissent à heures fixes lui donnent le temps de se refaire et de s'approvisionner à nouveau de résignation.

Les instruments de musique ont fait trépigner bien du monde : cors, clairons, sifflets d'enfants, pianos, « l'instrument de torture par excellence », d'après Alphonse Karr. On m'a cité une jeune musicienne passionnée pour le piano ; après s'être exercée pendant plusieurs années, et avoir acquis une certaine force, elle prit subitement en aversion l'instrument cher à Thalberg, à Chopin, à Emile Prudent, à Ravina et ne voulut plus en entendre parler. Ces enthousiasmes subits pour quelques art, étude, collections, exercices, travail, bientôt suivis d'une invincible et définitive aversion, ne sont pas rares chez les névropathes, ainsi que chez certains aliénés intellectuels. Un vieux monsieur, agacé par un voisin mélomane, lui déclara la guerre en sonnant fréquemment d'une cloche qu'il avait fait installer chez lui à cette intention, et finit par avoir gain de cause.

Ils sont légion ceux qu'horripilent les machines à coudre, le va-et-vient avec craquement de plancher et de chaussures, des occupants « du dessus » ; les remue-ménages de meubles, le grésillement de la suspension, les ébats des enfants. Un homme qui n'avait jamais éprouvé ces contrariétés les ressentit tout d'un coup à un changement de locataire, et eut bien de la peine à s'y faire. Que dire encore de ceux qui bondissent dans le lit à une conversation prolongée dans une rue déserte, au grincement d'une girouette ou d'une enseigne, au battement d'un volet, au chant d'un cricri, à la galopade des rats, au travail souterrain d'un vers de bois, aux cornes de tramways, bicyclettes, automobiles, ou bien encore qui grincent des dents aux stridences d'un pot de fer blanc retiré d'une fontaine, à la déchirure du jaconas ou du coutil, à l'aiguisement d'une scie, à la mastication trop bruyante d'un convive, à une manière de boire trop triviale, au bourdonnement des moustiques des tropiques (Basil Hall. *Voyages*) ? L'abus du « allo » des téléphones aurait fini par fatiguer certaines natures nerveuses. Individu grinçant des dents en entendant déchirer du papier. — Un enfant de douze ans couchant à la campagne ne put s'endormir par suite du « tic-tac » d'une grosse pendule. Le babillement bruyant et pressé d'un réveille-matin force quelques-uns à se lever pour l'arrêter coléreusement. Tous ces bruits sont en général pourtant discrets ; ce n'est donc pas par leur intensité qu'ils fatiguent matériellement le tympan, c'est donc par l'absorption immédiate de l'attention, qui ne peut plus s'en détacher, et c'est là, précisément, la souffrance du névropathe.

Ce n'est pas seulement l'ouïe qui est atteinte, bien que ça paraisse la pluralité des cas ; les autres sens peuvent aussi être touchés. J'ai vu un jeune homme qui fut obligé de changer de chambre le jour où il constata

que la fenêtre étant trop basse, la lumière arrivait trop obliquement sur son bureau. — Une jeune femme ne pouvait regarder une image représentant le diable, bien qu'elle sût qu'elle ne considérerait que du papier. — Une demoiselle, parmi les prodromes polymorphes qui prélu-daient en elle à l'invasion définitive de la démence non paralytique, prit successivement en aversion toutes les couleurs sauf une; il fallait, par exemple, que tout fût rouge, habits, tapisserie, etc..., une autre fois en vert, etc... — Une religieuse, internée à l'asile, se met à briser les crucifix dont la vue lui est insupportable, parce qu'ils lui rappellent trop douloureusement les souffrances du Sauveur; singulière iconoclaste!

L'olfaction a dû, elle aussi, payer un tribut à l'attention morbide : une dame se met en tête de ne pouvoir sentir la fumée; fréquents changements d'appartement; un peu améliorée; plus tard aggravation. Un élève en médecine ne pouvait souffrir certaines odeurs. Paysan se trouvant mal, à l'odeur des pommes.

Le toucher se manifeste plus matériellement chez certaines personnes qui ne peuvent prendre en main du velours ou une pêche, qui grincent des dents à la vue d'un enfant mordant à même ce fruit; d'autres ne se résigneraient pas à toucher quelque animal immonde ou seulement un mort : horreur du contact.

Le goût est plus rarement affecté. Il n'est pas d'aliénistes qui n'aient remarqué parmi ses pensionnaires certains malades qui s'abstiennent de manger gras le jour où il y a un décès dans la maison, par crainte d'anthropophagie; beaucoup de sitiophobes se refusent à l'alimentation, par insurmontable répugnance à consommer ce que leur délire leur fait croire nuisible ou nauséabond ou même monstrueux. J'ai connu une vieille dame qui n'avait jamais pu se résigner à reboire du vin depuis qu'elle avait vu les vendangeurs entrer dans la

cuve; que n'a-t-elle fait de prosélytes parmi les ivrognes! Ils ne sont pas rares ceux qui ont une répugnance invincible pour le lait, le fromage, les œufs, les huîtres, les escargots, certains organes, les anguilles de buisson, et dont le flair en éveil en décèle la présence même sur les objets de table, même dénaturés par leur association à d'autres mets, ou enrobés de condiments corsés. Tel individu à qui on aura fait croire par plaisanterie qu'il aura mangé du chat au lieu de lapin, ou du renard au lieu de lièvre, éprouvera dorénavant, à l'égard de ces mets, une définitive et insurmontable répugnance.

Un autre critérium de la susceptibilité morbide attentionnelle que j'essaie de décrire, plus par des exemples que par des dissertations, en m'en tenant à ce que j'ai observé ou appris, est dans ce fait : un homme est vivement importané depuis peu de temps par un bruit ou une odeur; il apprend que sous peu, l'auteur de son tracas va changer de domicile; aussitôt il ressuscite, il n'entend ni ne sent plus rien, car une partie de son malaise trouvait sa raison d'être dans une plus ou moins longue perspective, voire même la perpétuité de son supplice; et quand sonne l'heure de la délivrance, il voit s'en aller son inconscient ennemi avec indifférence, au lieu des vœux ardents que jadis il formulait. Ajoutons encore à cette donnée : un homme entend subitement, proche de chez lui, soit un bruit formidable, soit une odeur affreuse; il s'informe avec inquiétude de ce qu'il en retourne, il apprend avec satisfaction qu'il ne s'agit pas d'installation, mais de travaux transitoires; il est fixé; il n'en souffre en rien, la cause perturbatrice dût-elle durer quelques jours.

Peut-on avoir plusieurs « canchemars » à la fois? incontestablement. Le névropathe irritable porte en lui cette susceptibilité, et si ce n'est pas tel fait ce sera tel

autre qui l'absorbera, quelquefois les deux ensemble ; c'est sa destinée. J'en ai vu qui, dans leur existence, ont passé successivement par plusieurs de ces épreuves, mais toujours l'espoir d'une délivrance escomptée sur le hasard les a soutenus. Un cauchemar nouveau fait-il disparaître son prédécesseur, en d'autres termes un clou chasse-t-il l'autre ? hélas ! non, car alors on n'en aurait qu'un à la fois ; néanmoins il l'atténue, et parfois parvient à le supplanter.

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que des causes avec intervention sensorielle ; voyons les causes idéales. J'en ai bien peu observé, parce que la situation est délicate, difficilement avouable, qu'elle se passe le plus souvent dans l'intimité de la famille ; je crois néanmoins en avoir deviné plus d'une. Je ne serais pas étonné que dans certains cas, des dissensions familiales reconnaissent des « prises en grippe » des uns pour les autres, surtout des descendants pour les ascendants, basées quelquefois sur la différence de caractère, d'esprit, d'éducation, de manières, d'esthétique, de courant d'idées, d'instruction ; parmi les conjoints ces aversions, qui convertissent l'existence en une pelote d'épingles, ne doivent pas être rares. Je n'en citerai qu'un exemple : un brave homme, négociant enrichi, était fréquemment humilié par ses fils, qui le trouvaient commun, et que cependant il avait dotés du bien-être à force d'économie et de travail. Que d'enfants qu'on a trop choyés et trop bien élevés prennent leurs parents en aversion, indignés qu'ils sont par leurs allures simples, leur ignorance du « high-life » et leurs traits d'esprit surannés ; plusieurs disputes familiales n'ont pas d'autre cause. Névrosées également, les jeunes dames distinguées qui trouvent trop communs leurs beaux-parents et ne peuvent les voir sans des marques d'impatience. Que dites-vous de l'éternel conflit des gendre et belle-mère ? Il y a plus que des questions

d'intérêt, souvent, mais bel et bien une aversion irréductible, ressortissante à la maladie de l'attention. Cette aversion entre parents n'a-t-elle pas été mise en relief par le vaudeville et la caricature? Un père me disait un jour : « Mon fils me déteste, il me regarde avec des « yeux torves, s'irrite à la moindre observation, et « cependant je ne lui ai rien refusé, j'ai fermé les yeux « sur quelques frasques, je ne lui connais pas de vices ; « il se dérobe à toute explication ; il n'est ainsi que « depuis quelque temps ; qu'a-t-il donc, je n'y comprends rien, est-il malade ? » Parmi les « appréhensifs soudains » se rapprochant des « anxieux », citons, comme se rattachant aux malades de l'attention : ceux qui sur l'indication de « faits divers », de communications, de conversations, sont immédiatement tenaillés par une idée fixe, dont rien ne peut désormais, à partir de la révélation, arracher leur attention : un chasseur ayant lu divers accidents cynégétiques fut pris de la crainte qu'un jour ou l'autre il ne lui en arrivât autant, et ne recouvra la tranquillité qu'en renonçant à son plaisir favori. Une personne, en lisant le récit d'un vol à l'étalage, se promit de ne jamais plus s'approcher, encore moins toucher, des marchandises exposées, et tint parole. On m'a cité une dame qui avait tellement peur de mettre par inadvertance un objet dans sa poche, qu'elle se faisait suivre d'une servante chez les marchands (le contraire de la kleptomanie). Que de gens, qui ne devraient jamais lire de procès, vivent dans les transes, et la crainte d'être accusés de ceci ou de cela ! Il en est de même pour la contamination ; depuis les microbes, ces phobies se sont étonnamment multipliées, et j'en ai observé d'assez surprenants exemples. Les « susceptibles », qu'un fortuit regard expressif dans la rue plonge dans un abîme de réflexions et d'inductions, sans pouvoir se débarrasser de l'obsession, du moins pendant quelques

jours. « Sensitifs », se mettant au lit avec la fièvre à la suite d'une simple altercation.

J'ai la conviction que certains morphinomanes et quelques suicides inexplicables par les hypothèses habituelles pourraient bien se rattacher à quelque variété de maladie de l'attention; n'en serait-ce pas aussi une manifestation collective, à l'égard du « souffre-douleur » des ateliers, classes, bureaux, casernes et... de la rue? Est-il d'autres situations où l'attention se rend maîtresse de quelqu'un malgré lui? Je le crois : l'obsession qui le ramène sans cesse sur un fait, un souvenir, une citation, un air, une odeur, une figure, productions des sens mentaux, si je peux m'exprimer ainsi, qui suggèrent d'autres idées, des rapprochements, des réminiscences, probablement au moyen des fibres inter-sensorielles d'Helmholtz; variétés également, l'arithmomanie, l'onomatomanie, la perplexité, le doute, le scrupule (nosologiquement parlant) qui sont, en effet, de bien curieuses exaltations et fixations de l'attention et de la mémoire. Le chagrin et la mélancolie sont un joug de l'attention, et le sommeil lui-même n'en détend pas les douloureuses étreintes qu'elle nous impose; ne retombons-nous pas en une nuit à plusieurs reprises dans le même cauchemar? Dans ces conditions morbides, le malade absorbé par une idée s'isole de l'extérieur; mis en présence d'un semblable à lui, il n'en éprouve ni intérêt ni étonnement; peut être même dans certains cas, comme pour les « proseximanes », un contentement intérieur et secret! Le religieux qui relit plusieurs fois divers passages du rituel, dans la crainte de ne les avoir pas prononcés avec assez de componction, est évidemment victime d'un effort d'attention porté jusqu'à la morbidité (j'en ai observé plusieurs exemples). Dans la manie aiguë c'est le contraire, c'est l'inattention qui est portée au summum; dans les préludes de l'affaiblissement cérébral et chez

les « minus habens », les oublis, les fautes d'inattention sont fréquents, indices sérieux de la décadence de la mémoire.

Je suis un peu sorti de mon sujet, pour en poursuivre les traces jusque dans le domaine des monomanies ; j'y reviens maintenant, car notre « proseximane » n'est pas encore un aliéné, et peut-être même ne le deviendra-t-il qu'exceptionnellement. Nous l'avons étudié extérieurement ; pénétrons en lui, et examinons ses angoisses quand il est en puissance d'importunité. L'individu qui a à ses trousses quelqu'un des agacements énumérés plus haut éprouve dès lors : une vive contrariété, des impatiences d'autant plus vives qu'il fait plus d'efforts pour les dissimuler, des bouffées de chaleur au visage et parfois, par tout le corps, une inhabileté au travail, surtout intellectuel, la sensation d'une sorte d'extériorisation de lui-même ; le monde et les circumfusa lui semblent n'être plus « au point », et c'est un passé qu'il regrette, en le comparant au présent, une sourde colère contre la destinée ; il vit dans un état permanent d'impatience nerveuse, d'inattention et de mécontentement, différents mouvements nerveux apparaissent sur ses traits, ses épaules, ses mains, le bout de ses pieds, et parfois autour du tronc moins perceptible pour le public. Quand il y a suspension momentanée une détente s'opère sous son crâne, il respire et se ressaisit assez vite ; mais, bientôt il lui faut, nouveau Sisyphe, remonter son rocher ; il éprouve alors un sentiment de vide sous-cranien, avec lourdeur, courbature céphalique analogue au « casque neurasthénique », de l'inattention insolite à l'égard d'un interlocuteur, des sueurs froides, et parfois une hyperesthésie prurigineuse de la peau ; le teint est bilieux, le public lui dit volontiers : « Qu'avez-vous donc, vous paraissez fatigué » ; l'appétit est en souffrance, il y a de légers étourdissements, des palpitations

cardiaques, se rapprochant de la « névralgie cérébro-cardiaque » de Krishaber, et à ce propos combien de gens sont venus vous consulter pour le cœur, qui ne manquent pas d'ajouter : « C'est que voyez-vous, je suis très impressionnable, la moindre contrariété me met hors de moi ; c'est plus fort que ma volonté. » Chez les anxieux intensifs, le cœur, aussi sensible qu'un électromètre, se met à l'unisson des tumultes cérébro-mentaux et peut en imposer pour une maladie organique, qui du reste doit finir à la longue par se produire dans ces cas ; enfin habitus général d'affaissement et de vieillissement.

Quelle est maintenant la terminaison du singulier état névro-mental que nous cherchons à décrire, pour le doter d'une certaine entité, et qu'on place pour le moment dans la « zone mitoyenne » ? Lorsque l'éréthisme attentionnel semble se relier à quelque cause accidentelle, comme : neurasthénie, aglobulie, aménorrhée, ménopause, anémie cérébrale, surmenage, excès, surtout cythéréens, ancien traumatisme crânien n'ayant eu qu'une faible répercussion sur l'encéphale, ou bien encore des causes morales, très émotionnelles, il s'efface avec le rétablissement moral et physique et l'individu reprend progressivement sa résistance et son accoutumance. D'ailleurs c'est un fait certain que, sous l'influence d'un état morbide physique grave, le caractère change, devenant étonnamment bénin sur certains points, et des plus irritables sur d'autres. Mais lorsque l'origine gît dans la constitution psychologique même de l'intéressé, et c'est le cas le plus fréquent, sa prédisposition quasi malade ne disparaîtra jamais complètement, il persistera en lui un tréfonds, que l'âge pourra affaiblir sans doute, mais non faire disparaître ; son meilleur remède sera encore la suppression de la cause. S'il a le bonheur d'une délivrance définitive, c'est pour lui une renaissance, il rajeunit de dix ans, se reprend

et se réintéresse aux affaires ; il trouve que désormais il fait bon vivre, et serait parfaitement heureux, si le parfait bonheur était de ce monde, et s'il n'entretenait pas dans son for intérieur un point noir, la vague crainte de quelque nouveau et imprévu cassement de tête.

Malgré tout cela, nos névrosés semblent en général avoir la vie dure ; dans deux cas, la maladie de l'attention fut un des multiples prodromes d'un acheminement ultérieur vers un syndrome vésanique devenu chronique. Je n'ai pu suivre les autres cas par la raison que ces malades viennent une ou deux fois vous faire part de leurs doléances, puis vont se perdre dans la foule, et on ne les revoit plus, ou si on les rencontre, ils semblent éviter avec soin de nouvelles confidences. Pour un petit nombre d'entre eux j'ai appris la guérison, J'ai dit plus haut que deux cas avaient été suivis de vésanie et d'internement. La question que j'expose n'est donc pas aussi insignifiante et aussi enfantine que son sujet et son contexte pourraient le faire juger, car elle nous prévient que dans les cas précités il sera prudent de ne pas les prendre pour quantité négligeable et d'y regarder d'assez près, en vue du pronostic, d'autant plus que pour ce qui est des commémoratifs personnels et ancestraux, on ne recueille sur eux que bien peu de chose ; il n'y a que ceux qui ont pu les connaître et les observer intimement qui pourraient nous renseigner sur une foule de petits faits de leur vie privée, sur leurs paroles, et autres remarques singulières et intéressantes, mais ceux-là sont rares.

Il ne nous reste plus qu'à nous demander comment nous traiterons nos « névropathes irritables » ; je ne parle pas de la partie somatique mais... de l'autre. Les ressources de la pharmacie, bien qu'aujourd'hui pour ainsi dire innombrables, échoueront ici : généralement

ils ne veulent pas prendre de remèdes, ou bien voudraient être guéris, soulagés en vingt-quatre heures; l'hygiène : elle donne peu de résultats ; le moral : tous les raisonnements échouent ; la citation de faits similaires plus cuisants les laisse froids. Reste donc à parer au plus pressé : le « *sublata causa...* » ; mais on ne peut pas toujours facilement changer de logement, d'installation, de poste ; nous voilà donc réduits à l'exhortation, à la patience, et... à l'espoir qui est un grand consolateur ; le séjour à la campagne, un voyage pourront déterminer un apaisement. Il est bon de signaler qu'une maladie somatique, de vives souffrances, soit matérielles, soit morales, de graves préoccupations, un événement inattendu sont de nature à atténuer, et même parfois effacer, des importunités qui souvent sont puériles, et qui ne sauraient toujours détourner l'attention de sujets plus dignes d'elle.

Médecine légale

DES

MALADIES DU SOMMEIL

ET DES CRIMES COMMIS DANS LE SOMNAMBULISME.

Par le Dr BIAUTE

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes.

Le sommeil doit être le repos absolu et nécessaire de tout l'organisme, physique et intellectuel. Il acquiert donc un caractère anormal et morbide lorsque, durant son cours, certains sujets paraissent être en état de veille, c'est-à-dire lorsqu'ils agissent comme s'ils étaient éveillés, ou quand il survient en dehors des causes qui le provoquent habituellement, des besoins ordinaires, du temps où il doit avoir lieu, et qu'il a une durée plus longue que de coutume.

Les gens qui marchent en dormant ont eu de tout temps le privilège d'exciter la curiosité ou d'inspirer l'effroi. Shakespeare a su tirer grand parti de la connaissance qu'il avait de ce fait, dans la terrible scène où lady Macbeth s'efforce vainement de laver sur sa main droite la tache de sang que le meurtre du roi Duncan a laissée dans son souvenir. La personne qui garde lady Macbeth dit au médecin : « Depuis que le roi est parti

pour combattre, je l'ai vue se lever de son lit, jeter sur elle sa robe de nuit, ouvrir son cabinet, prendre du papier, écrire dessus, le lire, le cacheter ensuite, puis retourner se mettre au lit, et je l'ai vue faire tous ces actes dans le sommeil le plus profond. Tenez, la voilà telle que je l'ai vue les autres fois, et, sur ma vie, elle est endormie ; observez-la et restez immobile. »

Les anecdotes relatives aux somnambules abondent dans les recueils médicaux et populaires de toutes les époques ; mais c'est seulement depuis cinquante ans que l'étude scientifique du somnambulisme est entrée définitivement dans le cercle des connaissances médicales. Je ne vais point en rappeler dans cette étude, voulant aller le plus vite possible au but que je me propose, c'est-à-dire aux actes criminels dans le somnambulisme, après avoir dit la nature de cette névrose et des deux autres maladies du sommeil, la léthargie et la catalepsie.

Durant le sommeil, les fonctions ne dorment pas toutes au même degré. D'abord les fonctions organiques, bien que ralenties, continuent à s'accomplir avec une grande régularité.

Les fonctions de relation subissent une interruption beaucoup plus marquée.

Quant aux fonctions cérébrales proprement dites, elles sont très inégalement modifiées. La mémoire et l'imagination sont ordinairement les facultés qui s'exaltent dans le sommeil, tandis que l'attention, la réflexion, la volonté sont engourdies. Des souvenirs perdus surgissent et revivent, mais déformés et démesurément grossis ; à des impressions sensorielles vagues succèdent des sensations disproportionnées où les notions de temps, de lieux, de personnes disparaissent. Cependant le faible raisonnement qui persiste encore cherche à se retrouver dans tout ce désordre ; avec une logique gros-

sière, il relie entre elles ces conceptions fantastiques et ainsi sont créées des visions dont l'étendue, la variété et l'incohérence témoignent d'un jugement aussi faible que l'imagination est surexcitée.

Cette exaltation de certaines fonctions au détriment des autres dans le sommeil avec rêves, on la retrouve encore plus manifeste dans certaines formes du sommeil pathologique. La théorie ingénieuse de Brown-Séquard sur les réactions réciproques des centres nerveux explique ce qui se passe alors : « Qu'un centre nerveux soit anormalement surexcité, dit-il, il pourra réagir sur d'autres centres en connexion avec lui, soit en les excitant à leur tour par dynamogénie, soit en les frappant d'une sorte de stupeur par inhibition. » Ainsi sont engendrés les états morbides désignés sous le nom de maladies du sommeil, la léthargie, la catalepsie, le somnambulisme.

Si l'activité de l'imagination et de la mémoire, déjà si manifeste dans le rêve ordinaire, est portée à une puissance encore plus haute, elle se communiquera aux centres moteurs et engendrera non plus seulement des images, mais des actes en rapport avec les actes évoqués par ces images. On aura le noctambulisme ou rêve en action. Que l'excitation soit d'un degré plus forte, elle aura pour résultat de réveiller non seulement la motilité mais les organes des sens, et, en même temps, la sensibilité générale pourra être complètement anéantie. On aura alors ce paradoxe étrange du somnambule qui distingue dans une obscurité presque complète les moindres objets relatifs à son rêve, qui donne maintes preuves du toucher le plus délicat et qui ne sent ni les piqures ni aucune des excitations cutanées par lesquelles on s'efforce de le réveiller. Encore un degré de plus, et les fonctions intellectuelles pourront alors se mettre en mouvement à leur tour, le sujet agira, parlera, raison-

nera comme à l'état de veille; mais, la volonté consciente demeurant paralysée, il ne sera qu'un automate livré sans défense aux impulsions sensorielles, et, comme dans les formes précédentes, une amnésie complète après le réveil trahira le trouble profond qui a régné dans ses facultés pendant la crise. C'est le singulier état que Carpenter a désigné sous le nom de *cérébration inconsciente*, et dont le type le plus parfait est fourni par l'absence qui succède parfois au vertige épileptique.

Une pièce du théâtre Antoine, l'*Enquête*, représentée pour la première fois il y a un an à peine, met à la scène un exemple remarquable de cette absence. Elle est due à un de nos confrères, le D^r Roger, qui avait pris pour la circonstance le pseudonyme de Georges Henriot. On dirait que l'auteur a voulu démontrer aux magistrats la fragilité de l'activité consciente, et qu'eux-mêmes n'étaient pas à l'abri des défaillances qui pouvaient rendre un être humain meurtrier, en même temps qu'irresponsable, dans un temps très court de folie transitoire.

Mais il n'est pas besoin de donner cette leçon de choses à la magistrature. Les juges écoutent actuellement la science médicale, ordonnent des expertises fréquentes, et quelques-uns accusent même des tendances à adopter les doctrines de l'anthropologie criminelle de l'éminent professeur de Turin, le D^r Lombroso. Ils marcheraient donc ainsi peut-être plus vite que nous.

L'activité cérébrale, qui ne s'endort jamais complètement dans le sommeil normal, et que nous venons de voir exaltée demesurément dans le somnambulisme, peut au contraire être complètement abolie, et seules les fonctions de la vie végétative continuent à s'exercer : c'est le sommeil léthargique. Sous l'influence de causes encore mal connues, l'anéantissement du système ner-

veux peut arriver à un degré tel que les appareils ganglionnaires eux mêmes participent à la paralysie et que les échanges organiques se ralentissent. Il en est ainsi dans les attaques de sommeil qu'on observe parfois chez les hystériques et sous l'influence desquelles ces malades vivent pendant des semaines et des mois dans une torpeur presque absolue, sans plus dépenser que ne font les animaux hibernants. Parfois même, le trouble apporté à l'innervation viscérale est si grand que la respiration et les battements du cœur faiblissent au point de devenir imperceptibles, la température extérieure s'abaisse et le sujet prend l'aspect d'un cadavre ; c'est la mort apparente, phénomène rare, mais cependant observé. Si éloigné que cet état puisse paraître d'un véritable sommeil, on a vu cependant des malades se réveiller en peu d'heures et revenir rapidement à l'état normal, preuve qu'il ne s'agissait que d'un trouble fonctionnel, d'une inhibition générale des centres nerveux et non d'une lésion matérielle.

Les lecteurs des *Annales* ont certainement présent à leur souvenir un cas de longue léthargie qui a pris fin vers le mois de mai de cette année. Il s'agissait d'une jeune fille de campagne qui, il y a vingt ans, avait été séduite par un voisin. Celui-ci trouva trop lourds les prochains devoirs de la paternité et délaissa l'imprudente Bébeth, c'était le sobriquet de la pauvre fille. Un jour, on trouva à côté d'elle un nouveau né qui ne vivait plus. C'était un accident, mais la malveillance insinua pis, un infanticide. Bébeth, à l'annonce des gendarmes, eut peur, tomba en léthargie, et ce fut pour vingt ans. On l'appelait la dormeuse de Thénelles, et elle a fait l'objet de l'observation scientifique de Gilles de la Tourette. Après vingt ans, elle s'est réveillée un jour et s'est rendormie aussitôt pour toujours. « Vous me pincez ! » a-t-elle dit à son médecin, et, sur cette constatation unique depuis

tant d'années, seul cri échappé à ses lèvres constamment closes, elle est morte emportant le secret de son mystérieux sommeil, sans avoir révélé quelles étaient ses sensations sur la couche où, rigide, d'une pâleur de cire et d'une maigreur de squelette, elle offrait un problème que la science n'a pu résoudre.

Mais il est des associations de symptômes plus singulières encore. Quelquefois les fonctions cérébrales proprement dites sont seules frappées de stupeur, tandis que les centres de la motilité sont le siège d'une excitation morbide. La tonicité statique des muscles peut alors être exaltée à un degré tel que les membres, incapables du moindre mouvement volontaire, prennent sans résistance toutes les positions qu'on leur communique et les conservent sans effort pendant un temps presque indéfini. C'est la catalepsie, cette forme de névrose singulière qui a, de tout temps, passionné la curiosité du vulgaire. Avec ses racines grecques, *κατα* et *λαμβάνω*, *κατα* augmentant la force du verbe, sa signification est donc action de saisir, de surprendre, d'arrêter violemment. On remarquait ces effets intenses et subits de surprise, de saisissement et d'arrêt de mouvement, chez une série d'hystériques de la Salpêtrière, rendues en masse instantanément cataleptiques et devenant de véritables statues au bruit inattendu d'un gong frappé avec force.

Ailleurs, le tableau est inverse : le système musculaire est flasque, frappé d'une paralysie absolue ; les muscles respirateurs, le cœur lui-même, participent à cette impuissance ; les sens au contraire sont éveillés et la conscience persiste ; le sujet voit, entend et comprend, mais il est incapable de se mouvoir. C'est la léthargie lucide, dans laquelle on a vu des malades assister inertes aux préparatifs de leurs funérailles, jusqu'au moment où la violence même de l'émotion rompait les

liens de leur volonté captive et rendait la voix à leur gorge paralysée.

Donc et en résumé, quand l'activité cérébrale, anormalement surexcitée dans le sommeil, réagit sur les fonctions de relation et les réveille en partie, on a le somnambulisme; quand l'activité nerveuse est anormalement localisée à certains centres, notamment à ceux de la motilité, les autres étant frappés de stupeur complète, c'est la catalepsie; enfin, quand la torpeur cérébrale est portée à son comble et qu'elle paralyse non seulement les fonctions animales, mais encore à un certain degré les fonctions organiques, c'est la léthargie.

Tous ces états, si différents les uns des autres en apparence et considérés souvent encore comme autant de névroses distinctes, on peut, chose remarquable, les reproduire à son gré chez certains sujets par un ensemble de procédés auxquels Braid, de Manchester, qui les a le premier employés dans un but scientifique, a donné le nom d'hypnotisation. Grâce à la puissante impulsion de Charcot, la pratique du sommeil nerveux provoqué, jadis abandonnée aux magnétiseurs et aux charlatans, appartient maintenant au domaine médical. Il y a grand intérêt à envisager parallèlement les formes spontanées et les formes provoquées du sommeil morbide et à chercher, dans les faits relativement simples fournis par l'expérimentation, la solution des phénomènes plus compliqués posés par l'observation clinique. Entre les maladies du sommeil et les phénomènes de l'hypnotisation il y a identité de nature comme il y a similitude de symptômes, et leur même et seule cause est l'état névropathique.

Nous avons dit qu'il y avait des léthargiques, des cataleptiques et des somnambules expérimentalement provoqués, et que ces derniers étaient mis en ces divers états par des manœuvres ou procédés d'hypnotisation.

Je n'ai à faire ni l'historique de l'hypnotisation ni la description des divers procédés employés, et je rappelle seulement que sa pratique a été réglée par Braid, Azam, Charles Richet et Charcot, que la léthargie est impropre à toute suggestion et que, dans la catalepsie, les sujets sont sensibles aux suggestions par le sens musculaire.

Je passe au somnambulisme, qu'on peut définir un rêve avec exaltation de la mémoire et de l'activité automatique des centres nerveux, en l'absence de volonté spontanée et consciente.

Dans le somnambulisme spontané, le sujet endormi d'un profond sommeil s'agite, pousse quelques soupirs, puis tout à coup, sous l'influence d'une impulsion irrésistible, il se lève, parcourt sa chambre et les localités environnantes, se livre à une série d'actes coordonnés exigeant plus ou moins le concours des sens. A le voir se diriger sans effort à travers mille obstacles, reconnaître les objets qu'il désire et s'en servir à propos, exécuter sans difficulté apparente les actes les plus minutieux, un observateur superficiel le croirait éveillé. Mais si on s'approche, on voit que ses yeux sont tantôt fermés, plus souvent ouverts et hagards, que sa physionomie est impassible et sans expression, qu'il ne paraît ni voir ni entendre rien de ce qui est étranger à son rêve. Les excitations cutanées, la piqûre, la brûlure, le chatouillement, ne font sur lui aucune impression ; une vive lumière, un son éclatant, ne sont pas mieux perçus. Les obstacles qu'on lui suscite l'arrêtent d'abord, mais il cherche à les tourner et il y réussit avec une adresse extraordinaire. Essaye-t-on de le maintenir par la force, il résiste et se débat avec une vigueur qui étonne ; si on prolongeait la contrainte, on provoquerait un accès convulsif. Le laisse-t-on aller, il reprend son rêve où il en était, ou change brusquement d'idée et semble obéir à une impression nouvelle. La crise achevée, il retourne

à son lit, se recouche paisiblement, et retombe dans l'immobilité du sommeil normal. Il s'éveille à l'heure accoutumée et ne conserve habituellement aucun souvenir de ce qu'il a fait.

Il est difficile de classer les actes du somnambulisme. Tantôt il y a simplement exagération des mouvements instinctifs ou réflexes qui se produisent durant le sommeil physiologique. De même que tout homme endormi retire sa main quand on la pique, chasse une mouche posée sur son visage et répond machinalement à son nom qu'on prononce à haute voix, ainsi le névropathe somnambule, obéissant aux excitations de son rêve, sort de son lit pour commencer un voyage imaginaire, répond à des interlocuteurs chimériques, reproduit les actes de sa profession, ceux qui remplissent sa vie journalière et dont il a l'habitude inconsciente, compose parfois d'admirables vers s'il est poète, prépare d'éloquents discours s'il est orateur. La crise somnambulique consiste d'autres fois en une extase et on a observé surtout ce genre dans les époques de foi vive et les vies des saints en renferment de nombreux exemples. L'histoire de sainte Thérèse et celle de saint François d'Assise contiennent de très belles descriptions d'extase. Dans des temps plus reculés, Socrate que l'on vit au siège de Potidée demeurer immobile d'un lever du soleil à l'autre, les bras en croix et le visage tourné vers l'Orient, était certainement atteint de somnambulisme extatique.

Criminel inconscient et irresponsable en état de veille et de folie, l'homme endormi peut aussi devenir criminel dans le somnambulisme et doit mériter le même bénéfice d'irresponsabilité. On a vu des somnambules frapper aveuglément autour d'eux, comme si c'était sur des ennemis dont ils se croyaient menacés; un homme rêvant de fantômes prit une hache, frappa avec

fureur sans se réveiller et tua sa femme endormie à ses côtés ; un autre rêvant d'incendie, voulut jeter sa femme par la fenêtre et elle eut beaucoup de peine à lui échapper ; un autre enfin, rêvant d'une bête nuisible, saisit son petit enfant endormi et le lance contre le mur de la chambre.

Les actes peuvent se rapporter aussi à des préoccupations accidentelles, parfois à des événements qui ont fait sur l'esprit une profonde impression. En effet, l'exaltation extraordinaire de la mémoire est le premier fait qui domine tous les autres. La mémoire retrace au somnambule ses soucis, ses passions, les événements gais ou tristes de sa vie. L'imagination, non moins surexcitée que la mémoire, transforme dans l'esprit du somnambule les souvenirs en faits actuels ; de là, l'extrême violence des impulsions automatiques qui prennent le caractère impassible et en quelque sorte fatal des mouvements réflexes. Le somnambule agit sous la pression des faits, et ses actes les plus extraordinaires en apparence ne sont que des réactions instinctives. Mais là ne se borne pas le rôle de l'imagination surexcitée, elle transforme les conceptions et perceptions ; par elle, les images et les faits nés du souvenir sont métamorphosés en impressions sensorielles vivantes et présentes. Ainsi s'accomplissent des actes ayant une liaison intime avec les sentiments antérieurs des malades, avec le cours habituel de leurs idées et aussi avec leurs rancunes personnelles. La même remarque peut être faite à propos des impulsions accomplies dans l'état de mal épileptique. Dans le somnambulisme, l'influence des préoccupations et des passions se trouve donc aggravée encore par l'exaltation de la mémoire et de l'imagination, et elle peut déterminer, par un mécanisme automatique et irréfléchi, l'exécution d'actes sur lesquels l'esprit s'était préala-

blement arrêté en état de veille. C'est ce qui s'était passé chez la femme B... dont je vais retracer bientôt l'histoire pathologique et criminelle. Il peut donc exister en même temps apparence ou réalité de préméditation de l'acte et défaut absolu de conscience de l'exécution, par conséquent irresponsabilité. Fodéré n'était pas de cet avis et il a écrit les lignes suivantes sur les songes et le somnambulisme : « Celui dont la conduite est toujours conforme aux devoirs sociaux ne se dément pas quand il est seul avec son âme ; celui, au contraire, qui ne pense que crimes, que faussetés, que vengeances, déploie, durant le sommeil, les replis de son inclination dépravée que la présence des objets extérieurs avait tenue enchaînée pendant la veille. Si cet homme commet alors un crime et que sa vie soit suspecte, on peut, ce me semble, considérer ce crime comme une conséquence naturelle du mauvais principe de ses idées, et juger cette action d'autant plus libre qu'elle a été commise sans aucune gêne, sans influence quelconque. Loin de considérer ces actes comme un délire, je les regarde comme les plus indépendants qui puissent être dans la vie humaine. Je vois le somnambulisme comme un creuset dans lequel la pensée et l'intention se sont absolument séparées de leur gangue, de la matière. » Cet écrit n'empêche pas Fodéré de dire que son livre a été de quelque secours aux opprimés. Nous pensons, au contraire, que c'est avec des théories pareilles en psychiatrie et en neurologie qu'on envoie à l'échafaud des irresponsables comme Papavoine, le tueur d'enfants du bois de Vincennes, comme l'abbé Verger, le meurtrier de l'archevêque de Paris. C'est sous l'influence de pareilles théories qu'un procureur général a pu dire du haut de son siège : « L'aliéné est un monstre dont on doit débarrasser la société. La folie homicide est une maladie qui se guérit en place de

Grève. » C'est encore ainsi qu'au temps de Vacher on a écrit : « Que Vacher soit fou ou sain d'esprit, le fait certain c'est qu'il s'agissait d'une bête dangereuse et la société avait le droit de s'en défaire, soit en la détruisant, soit en l'empêchant de nuire. Le couteau de Deibler est plus sûr et moins coûteux que l'internement. »

La justice réproouve ces représailles sanglantes, je l'ai dit à propos de l'*Enquête*, et je viens de dire aussi pourquoi le somnambule criminel devait être, en toutes circonstances, déclaré irresponsable.

Parmi les faits commis sous l'empire de passions qui, pendant le sommeil, ne sont plus contenues ni par le sentiment du devoir ni par la crainte du châtiment, un des plus connus est celui qui fut raconté par dom Duhaget, religieux bénédictin, à Fodéré lui-même, sans doute pendant qu'il préparait le livre contenant le passage que j'ai cité plus haut.

« Nous avions dans le cloître dont j'étais prieur, dit dom Duhaget, un religieux d'une humeur mélancolique et sombre. Dans ses accès, il sortait de sa cellule et y rentrait ; d'autres fois, il s'égarait et on était obligé de l'y reconduire. Une nuit, je travaillais à mon bureau lorsque j'entendis ouvrir la porte de mon appartement et je vis entrer ce religieux dans un état de somnambulisme. Il avait les yeux ouverts mais fixes et tenait un couteau à la main. Lorsqu'il passa devant moi, il avait la figure contractée et les sourcils froncés. Il alla droit à mon lit, eut l'air de vérifier, en tâtant avec la main, si je m'y trouvais, après quoi il frappa trois grands coups, tellement fournis que la lame pénétra profondément dans le matelas. Quand il eut frappé, il s'en retourna. J'observai alors que son visage était détendu et qu'il y régnait un air de satisfaction. L'éclat des deux lampes qui étaient sur mon bureau, ne fit aucune

impression sur ses yeux. Il ouvrit et ferma les portes de ma cellule, et je m'assurai qu'il se retirait paisiblement dans la sienne.

« Le lendemain, je le fis appeler et lui demandai sans affectation à quoi il avait rêvé la nuit précédente. Cette question le troubla. Sur mon ordre de parler avec sincérité, il me dit : A peine étais-je endormi que j'ai rêvé que vous aviez tué ma mère, que son ombre sanglante m'était apparue pour demander vengeance, et qu'à cette vue, j'avais été transporté d'une telle fureur que j'ai couru comme un forcené à votre appartement, et, vous ayant trouvé dans votre lit, je vous ai poignardé. Peu après, je me réveillai tout en sueur et, détestant mon attentat, j'ai béni Dieu qu'un si grand crime n'ait pas été commis... — Il a été commis plus que vous ne pensez, lui dis-je. — Alors je lui racontai ce qui s'était passé et lui montrai la trace des coups qu'il avait eus m'adresser. A cette vue, il se jeta à mes pieds tout en larmes, gémissant du malheur involontaire qui avait failli arriver et implorant mon pardon. Depuis lors, on l'enferme dans sa cellule pendant la nuit. »

Il faut noter que dans ce fait remarquable, où le caractère impulsif et automatique du somnambule est si bien mis en lumière, il n'y a pas eu amnésie complète au réveil : le moine se souvient de toute la scène comme d'un rêve. C'est là une particularité rarement observée, mais ce seul fait suffit à montrer que l'opposition établie par certains auteurs, entre le rêve dont on se souvient et l'accès somnambulique dont on ne se souvient pas, est beaucoup trop absolue.

Le cas de la femme B... est encore plus remarquable sous le rapport de l'influence de soucis antérieurs, de vives préoccupations, et d'une passion ardente, dans l'accomplissement d'un acte criminel et automatique en état de somnambulisme. Je le réserve pour la fin de

cette étude ; car je dois parler auparavant du somnambulisme provoqué, parce que c'est par lui que nous avons eu la clé de l'énigme et qu'il en a été de même en plusieurs autres circonstances.

On connaît les procédés amenant au sommeil somnambulique. Endormis, les sujets se montrent sous deux aspects assez différents : les uns sont calmes, les yeux à demi-clos ; les autres sont excités, marchent, s'agitent et présentent exactement l'apparence d'une personne éveillée. Mais, outre une hyperacuité sensorielle extraordinaire, la phase somnambulique a pour caractère d'être essentiellement propre à toutes les suggestions : persuader à un sujet qu'il se trouve dans un jardin, au bord de l'eau, sur le haut d'une tour où il a le vertige, le purger avec des pilules de mie de pain, lui faire trouver le sucre amer, sont autant de suggestions qu'un expérimentateur peut toujours obtenir.

« Les démoniaques dans l'Art » de Charcot et Paul Richer, « Magnétisme et Hypnotisme » de mon excellent collègue de la Roche-Sur-Yon, le Dr Cullerre, contiennent des gravures faisant ressortir les attitudes propres aux suggestions imposées. On peut, avec de l'eau pure, enivrer quelqu'un comme si on lui avait fait prendre de l'alcool de vin, et il arrivera à tituber, comme le représente une de ces gravures ; on peut provoquer des hallucinations et des extases en disant à d'autres qu'ils se trouvent en présence de tel objet ou de telle vision ; et ils prendront aussitôt l'aspect de véritables extatiques, comme on le voit dans d'autres gravures.

Dans le somnambulisme spontané, le névropathe n'est qu'un automate livré sans défense aux impulsions sensorielles, aux conceptions transformées en perceptions. Le sujet mis en somnambulisme devient de même un automate entre les mains de l'hypnotiseur, auquel il obéit aveuglément et sans défense, pendant le

sommeil et après. La forme de suggestion qui a un caractère extraordinaire, c'est la suggestion à échéance brève ou éloignée.

Les suggestions à échéance sont très variées, on les a utilisées en thérapeutique; on peut faire commettre des actes sans gravité, mais aussi des actes compromettants et dangereux.

Il est possible de suggérer des idées fixes, des impulsions irrésistibles, auxquelles le sujet réveillé obéira avec une précision mathématique. On pourra lui faire écrire des promesses, des reconnaissances de dettes, un testament, des aveux, des accusations, des confessions de nature à lui faire le plus grand tort.

A Charmes-sur-Moselle, un avocat de la Cour d'appel de Paris et un pharmacien de la localité trouvèrent dans une jeune fille du pays un très remarquable sujet pour leurs expériences. Plongée dans le somnambulisme, l'avocat lui ordonne de s'introduire le lendemain dans l'appartement du pharmacien, de voler un bracelet placé dans une armoire, de le lui apporter et de ne pas le trahir. A l'heure dite, la jeune fille arrive chez l'avocat et lui remet mystérieusement le bijou exigé. Le soir, le pharmacien l'endort à son tour, lui fait avouer le vol, lui suggère ensuite qu'elle ne peut pas être la voleuse, que c'est une autre personne, qu'elle l'a vue et qu'elle doit la dénoncer immédiatement par écrit au juge de paix; ce qui fut encore fait.

Un grand nombre de fois à la Salpêtrière, on a mis entre les mains d'une hypnotisée un coupe papier en lui disant que c'était un poignard, et on lui a ordonné de tuer un des assistants. A son réveil, la malade tourne autour de sa victime et la frappe tout à coup avec une violence telle qu'on hésitait à se prêter à ce genre d'expérience.

Le D^r Mesnet, dans son service de l'Hôtel-Dieu, a

souvent renouvelé la suggestion suivante : il forçait un de ses malades à voler la montre d'un des étudiants qui suivaient la visite.

Ces faits démontrent que l'hypnotisé peut devenir un instrument de crime d'une effrayante précision, et d'autant plus terrible que, immédiatement après l'accomplissement de l'acte, tout est oublié : l'impulsion, le sommeil, celui qui l'a provoqué. Poussé au but par une force en quelque sorte fatale, l'hypnotisé n'a pas ces doutes et ces hésitations d'un criminel qui agit spontanément ; il se comporte avec une tranquillité et une sûreté qui assurent, le cas échéant, le succès de son crime.

La suggestion pourrait donc être employée dans un mauvais but, avec des intentions criminelles ; mais je ne connais pas d'exemple authentique de pareils faits. Les scélérats sont des sujets trop vulgaires pour rechercher en masse, pour l'exécution de leurs forfaits, des procédés qui exigent une certaine virtuosité et qui pourraient leur procurer l'impunité. Ces procédés n'auraient chance que de rester l'apanage de quelques gredins d'élite, dont l'existence problématique ne doit créer d'inquiétudes à personne.

Cependant l'imagination, exaltée par le merveilleux côté de l'hypnotisme, a fait donner dans la fantaisie et j'ai lu autrefois dans des feuilles sérieuses que l'on aurait dû rechercher si l'assassin Pranzini n'avait pas été suggestionné, si quelques jeunes filles n'avaient pas été magnétiquement attirées, séduites et enlevées, si certains suicides n'avaient pas été provoqués par suggestion. C'était au moment où chacun pouvait être émerveillé par le compte rendu de l'émouvant spectacle qui avait eu lieu aux Folies-Bergère, où M. de Torey avait fait entrer dans la cage aux lions, avec lui et le dompteur Giacometti, miss Lucia hypnotisée et inconsciente.

La possibilité du crime par suggestion étant établie, le médecin légiste est-il en droit de recourir à l'hypnotisation pour raviver les souvenirs, faire renaître dans l'esprit du sujet les impressions effacées, pour rappeler toutes les phases du sommeil et celui qui a provoqué l'impulsion ou le crime? C'est une très grave question. Une méthode d'investigation par laquelle un accusé serait privé, même passagèrement, de son libre arbitre, ne saurait être employée en justice; un témoignage ou un aveu recueillis dans ces conditions ne sauraient être admis.

Mais le médecin peut confirmer expérimentalement que l'inculpé est ou non hypnotisable, et que dans l'hypnotisme on peut reproduire les phénomènes en cause. C'est ce que l'on a essayé de faire, il y a huit jours à peine, pour l'assassin Trubert, dit Sténio, devant la Cour d'assises de Constantine; c'est ce que nous avons fait pour la femme B..., et voici ce qui avait été fait il y a plusieurs années. Le D^r Motet, dans le cas d'un somnambule accusé d'outrage public à la pudeur dont il n'avait gardé aucun souvenir, endormit le prévenu devant le Tribunal par la simple fixation du regard et le montra, privé de volonté, répétant toute la scène qui avait motivé son arrestation et qui s'était déroulée en état de somnambulisme. Le D^r Dufay, alors Sénateur de Loir-et-Cher, hypnotisa devant le juge d'instruction une servante accusée de vol et qu'il savait être devenue somnambule à la suite d'expériences magnétiques. Dans un accès, elle avait caché des objets appartenant à ses maîtres, dans la crainte qu'ils ne leur fussent dérobés. Éveillée, elle ne se souvenait de rien et acceptait en martyre les tortures de l'accusation et des interrogatoires. Endormie par le D^r Dufay, elle dit ce qu'elle avait fait, pourquoi elle l'avait fait et désigna l'endroit où les objets avaient été

placés. La vérité fut reconnue et, après ordonnance de non-lieu, l'inculpée fut mise en liberté.

L'amnésie de la crise de somnambulisme spontané est la règle. Il est bien admis aussi que lorsque les crises se répètent, le souvenir de la crise précédente revient dans la suivante et ce fait semble donner lieu à une vie double, à un dédoublement de la personnalité, dont on trouve un exemple très connu dans un cas observé par le D^r Azam. De même, dans le somnambulisme provoqué, on retrouve le souvenir des actes de la crise de somnambulisme spontané, comme dans le fait du D^r Motet et dans celui du D^r Dufay. C'est ce qui s'est passé dans le cas de la femme B..., dont nous allons enfin dire l'histoire et le crime.

Nous pouvons entrer dans des détails assez circonstanciés, car la presse locale a tout raconté, et parce que la femme B... elle-même nous l'a permis, connaissant, en raison de sa profession, que certains cas pathologiques sont essentiellement utiles et ne doivent pas être perdus pour l'étude des sciences médicales.

Au n° 2 de la place du Pilon, à Nantes, habitait la femme B..., âgée de quarante-neuf ans, sage-femme. Depuis de nombreuses années, onze ans dit-on, elle recevait souvent la visite de A..., boucher, de seize ans plus jeune qu'elle, qu'elle avait connu par des relations de famille dans un village de la Loire-Inférieure et qui était resté à Nantes après son service militaire dans cette ville. Ils ne se tutoyaient ni devant le monde ni dans l'intimité, les témoignages et leur correspondance l'ont démontré, et cependant A... était son amant.

Chez les ascendants, les collatéraux ou les enfants de B..., on ne trouve aucune tare vésanique, nerveuse ou convulsive, et on dit seulement un frère et un cousin du père un peu déséquilibrés. Elle n'a pas fait de maladies graves dans l'enfance, ni durant l'étude ou l'exercice de sa profession, jusqu'en 1899. Mariée en 1872, elle a eu deux enfants, un en 1873, l'autre en

1875 ; mais le mari étant dévergondé et buveur, elle songea à se créer une situation et, entrée à la Maternité de Nantes en 1876, elle en sortit en septembre 1878 avec le diplôme de sage-femme. Installée d'abord à la campagne, elle revint à Nantes en 1881 et le chirurgien de la Maternité la recommanda à quelques clients, car elle était intelligente et habile. Le mari la quitta en 1884, on ne sut pas ce qu'il était devenu et un jugement en divorce fut rendu en 1891. On dirait que c'est au commencement de ses relations avec A..., qu'elle a entrepris le procès devant faire dissoudre son mariage et la rendre libre.

En 1899, sa santé a été assez ébranlée par une appendicite, et on parla même de l'opérer. Un point douloureux a persisté depuis dans la région abdominale droite. Elle a enfin toujours été considérée comme une névropathe par tous les médecins qui l'ont soignée.

Au commencement de 1902, elle est encore assez bien portante. A la fin de juillet, elle apprend que A... veut la quitter et qu'il doit se marier, et, le soir même, elle a une abondante hémorragie intestinale. Cet accident s'est renouvelé ensuite un grand nombre de fois et, à partir du 16 août, sa faiblesse est telle qu'elle est obligée de garder le lit. Les hémorragies intestinales se répètent encore et il n'est guère possible d'en déterminer la cause. A plusieurs reprises, on trouve la malade sans connaissance, ne semblant pas savoir ce qui se passe autour d'elle, ayant l'air d'une morte, et son entourage en pleurs croyait parfois qu'elle allait succomber. Elle ne pouvait plus tenir sur ses jambes ni faire un pas toute seule. Le dossier contient ces constatations et ces appréciations, d'après des témoignages et des lettres bien antérieures au fait. Son état exigeait donc des soins assidus ; elle était ordinairement gardée pendant la nuit par une femme, et d'autres fois c'était A... qui veillait auprès d'elle.

Le 17 septembre, A... passait la nuit dans la chambre de B..., assis dans un fauteuil. Le 18, la femme de journée vint prendre son service à 6 heures du matin et, à peine entrée dans la chambre à coucher, elle aperçut B... assise sur son lit, vêtue d'un peignoir, contrairement à ses habitudes, qui lui dit aussitôt : « Je l'ai tué — on

il s'est tué — et moi je me suis ratée. » Ce point n'a jamais pu être formellement précisé. Elle vit A... sur le fauteuil, immobile, et, effrayée par ce spectacle, elle alla chercher en hâte le médecin habituel de B... et prévint un agent de police qu'elle trouva sur sa route.

A... était sur le fauteuil, sans mouvement, la tête inclinée sur l'épanle droite, les aisselles appuyées sur les bras du fauteuil, le corps ayant glissé assez bas. Du sang couvrait le côté gauche du visage et il s'en était répandu sur la peau de chèvre placée sous ses pieds. Il n'y avait aucune trace de lutte, aucun désordre n'apparaissait dans la chambre. Sur la table de nuit, se trouvait un petit revolver dont cinq coups avait été déchargés et dont le sixième paraissait avoir raté.

Une voisine de la place du Pilon avait entendu des détonations vers 4 heures du matin, et c'est donc à ce moment qu'on pouvait placer l'heure d'exécution du drame qui s'était déroulé.

Le Dr Amédée Monnier, désigné par le Parquet pour l'autopsie et les premières constatations, a dit dans son rapport qu'il y avait eu meurtre et non suicide, qu'A... portait les marques de cinq coups de feu, que trois balles avaient pénétré dans la tête par les régions temporale et frontale du côté gauche, que deux avaient traversé le nez de gauche à droite, que la partie gauche du visage était noircie et presque brûlée, que les coups avaient été tirés à bout portant. Il a dit aussi que sur le lit de la chambre, la femme B... était agitée, effarée, les cheveux en désordre, le visage d'une pâleur extrême, en proie à une grande excitation, plus incohérente dans ses actes que dans ses paroles, ou folle ou simulatrice. Il a constaté que la femme B... n'avait de sang ni sur les mains ni sur le corps, mais que la région plantaire des pieds était rouge comme si elle avait été enduite à l'aide d'un pinceau, que sa chemise, plus que la camisole et la robe de chambre, avait été éclaboussée par le sang provenant des blessures de A..., que les éclaboussures se remarquaient surtout dans le bas de ces vêtements à partir de la ceinture.

Ces constatations permirent d'inculper aussitôt la femme B... d'homicide volontaire sur la personne de A... et de reconstituer la scène du crime : elle s'était levée

pendant la nuit, était allée prendre dans une armoire un revolver qu'elle possédait depuis longtemps, s'était placée près de A..., à sa gauche, entre lui et le lit, et, à bout portant, elle lui avait tiré cinq coups de feu dans la tête.

Les déclarations de certaines personnes donnèrent aussi une idée du mobile. A... était maintenant fiancé à une Nantaise et sa maîtresse n'ignorait pas ses projets de mariage, elle connaissait même la date à laquelle il devait avoir lieu, le 17 octobre. Fortement désillusionnée, car elle avait toujours compté sur son union légale avec A..., elle avait conçu un violent chagrin, marqué par des idées sombres et des envies de suicide, et démontré du ressentiment par des demandes de restitution d'argent et par des menaces.

Le même jour, B... fut transportée vers 10 heures à la maison d'arrêt, sans éclat, sans résistance, comme un être complètement inerte.

Le 19 octobre, après avoir demandé ce qui était nécessaire et guidée par les surveillantes, au moins pour la date, elle a écrit à A... sur son lit :

« Vendredi, le 19 octobre. Mon cher Basile, je suis à l'hôpital, venez me voir ce soir. Je vous attends, je vous embrasse.

« Votre pauvre Thérèse. »

Dans la soirée, elle a, par sa physionomie sinistre et des rires affreux, effrayé le personnel.

Le 20 octobre, dans la matinée, elle a manifesté des douleurs abdominales très vives et, mise sur le vase, elle a rendu un demi-litre environ de sang pur.

L'impression des deux surveillantes a été que la femme B... avait été délirante et complètement inconsciente pendant son séjour à la prison, qu'elle quitta dans la soirée du 20 pour être transportée à l'Hôtel-Dieu, dans la salle de clinique chirurgicale, service du Dr Sourdille, toujours inerte, toujours incapable de se tenir debout et de faire un pas. Dans la soirée de chaque jour passé à l'hôpital, on a remarqué du subdélirium ; dans les autres moments, on ne remarquait que de la fatigue mentale, et la femme B... répondait exactement aux questions qui lui étaient faites. On craignait

cependant le suicide ou l'évasion, car on la soupçonnait encore simulatrice et on avait jugé prudent de faire tenir près d'elle un agent de la sûreté.

Mais, le 23 octobre, le Dr Sourdille informa M. le juge d'instruction qu'elle commençait à refuser la nourriture, que si elle continuait il serait obligé de la faire évacuer sur l'Asile d'aliénés, qu'elle était dans un état physique et un état général très défectueux, que l'excitation première s'était cependant un peu calmée.

Le 24 octobre, elle passait à Saint-Jacques et, par ordonnance de ce jour, j'étais nommé expert pour rechercher et dire si elle ne simulait pas la folie, ou si elle était atteinte réellement d'aliénation mentale.

B... est profondément anémiée, pâle, décharnée, avec des yeux caves et un pouls très petit, et elle ne peut qu'avec peine se tenir assise sur son lit. C'est une véritable loque humaine. On n'observe cependant aucune lésion dans les principaux organes. Elle a une conversation banale mais correcte avec la sœur et l'infirmière; la nourriture et les boissons alimentaires sont acceptées.

D'après ce qui avait été dit par la Presse et la rumeur publique, à la suite sans doute de fausses appréciations de la part du personnel subalterne de l'Hôtel-Dieu, nous étions loin de nous attendre à voir B... dans l'état où nous l'avons trouvée. On avait parlé, en effet, d'agitation violente, de crises nerveuses, de refus absolu de manger, de menaces de suicide, et enfin de projets d'évasion !

Le 26 octobre, les réponses sont nettes sur tout ce qui concerne les choses ordinaires de la vie et le passé, les dates restent assez précises dans la mémoire, on observe néanmoins de la difficulté pour trouver les mots propres.

Le 27 octobre, nous ne nous entretenons avec B... que de l'exercice de sa profession, et nous constatons que la conversation produit moins de fatigue qu'hier. Elle s'étonne d'être à Saint-Jacques parmi les folles et prétend que cela peut lui porter préjudice. A la demande suivante : « Mais vous avez des avances d'argent ? » elle répond : « Non, j'en avais prêté, » et elle pleure.

Le 23 octobre, on note que le chloral a continué à procurer du sommeil, que le régime alimentaire est bien

accepté, que l'attitude est normale au lit, mais que la station debout et la marche sont impossibles.

On ne rapporte aucune extravagance d'actes ou de paroles. La physionomie n'indique aucune inquiétude; les réponses sont aisées, rapides, et ne sont jamais en contradiction avec ce qu'elle avait dit les jours précédents après les mêmes demandes.

De l'examen du 30 octobre et des examens antérieurs, il résulte que B... ne semble pas avoir le souvenir de son départ de chez elle, ni de son arrivée de l'Hôtel-Dieu. Elle dit n'avoir pas été agitée dans cet établissement et ne sait à quoi attribuer son transport aux folles de Saint-Jacques. Mais elle reconnaît avoir été très souffrante chez elle, si faible même qu'elle avait écrit ses dernières volontés vers la fin d'août. Elle nous les expose exactement telles que nous les avons lues dans la pièce versée au dossier.

Elle se souvient qu'un jour un prêtre, le curé de Saint-Pierre, était venu la voir, mais elle ne sait sur quelles sollicitations, car elle ne l'avait pas demandé. Sans se confesser, elle avait parlé avec lui de sa fin peut-être prochaine, de son service et de son enterrement. Comme toute peine mérite salaire, a-t-elle ajouté, elle lui avait remis deux francs pour dire une messe.

Le dossier nous apprend que cette visite du prêtre a eu lieu le 17 septembre, dans l'après-midi, et que, ce même jour, B... ayant été trouvée plus malade, le médecin traitant était venu la voir.

Jusqu'à ce moment nous ne lui avons parlé ni de l'acte commis ni de son passage par la prison. Nous l'invitons à chercher le souvenir de son arrivée à l'Hôtel-Dieu afin de pouvoir nous en parler le lendemain.

Le 1^{er} octobre, elle nous raconte comme hier la visite du curé de Saint-Pierre, mais sans pouvoir dire la date exacte. Le même jour cependant, elle voyait une de ses clientes qui lui demandait si son état lui permettrait de faire un voyage à Paris, projeté pour le 19 septembre, et c'était trois ou quatre jours avant. Elle ne peut savoir comment elle a quitté son domicile et elle a enfin compris un jour qu'elle était à l'Hôtel-Dieu, en entendant une malade de sa salle faire des efforts de vomissement.

Le 2 octobre, l'état général tend à bien s'améliorer; B... dit se sentir plus forte, et néanmoins, mise hors de son lit, elle trébuche et s'affaïsse.

Elle s'étonne encore d'avoir été envoyée à l'Hôtel-Dieu sans avoir été prévenue et sans besoin d'opération, et puis avec les folles. C'est sans doute, dit-elle, pour l'empêcher de faire des bêtises au mariage de A... Il est temps d'avoir des explications de sa part ou de lui en donner.

Depuis qu'elle était à Saint-Jacques, en effet, elle n'avait présenté qu'un certain degré de lassitude mentale dans les premiers jours, et n'avait donné aucun signe délirant ou hallucinatoire. Nous avions la conviction qu'elle nous disait la vérité sur son passé, sur le temps rapproché de l'acte, sur ses rapports lointains ou plus récents, bons ou mauvais, avec A..., que tous ses dires concordaient toujours en tous points avec les renseignements trouvés au dossier. Nous avons pu apprécier son état alarmant dans la journée du 17 septembre, état qui la mettait dans l'impossibilité matérielle d'exécuter, tel qu'il avait été supposé accompli, le crime dont elle était accusée, et enfin nous étions en présence d'une amnésie ne paraissant pas simulée et allant du moment où elle avait reçu la visite du curé de Saint-Pierre jusqu'à celui où elle avait eu conscience de sa présence à l'Hôtel-Dieu, période durant laquelle avait existé une surexcitation cérébrale grave, constatée chez elle par le médecin légiste, à la prison par le médecin de cet établissement et les surveillantes, à l'Hôtel-Dieu par le chef de service de la clinique chirurgicale.

Cet état s'est progressivement amendé à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Jacques, en suivant une marche régressive naturelle et sans jamais avoir été marqué par des paroles ou des actes, qui, en raison de leur extravagance et de leur énormité, auraient dû être exclus du cadre nosologique des maladies mentales.

C'est alors que nous avons parlé à la femme B... du crime qu'elle avait commis, de la manière dont il avait été accompli, de son passage par la prison et nous avons assisté à une scène particulièrement émouvante, dans laquelle les dénégations d'abord, puis les cris de terreur,

l'effarement, les sanglots, les regrets, atteignirent l'intensité la plus violente.

Il n'y avait plus de doute, elle ne savait pas avoir tué son amant, une lacune réelle existait dans sa mémoire.

Les jours suivants, elle donne des marques d'un trouble mental ressemblant à celui qui avait été remarqué à l'Hôtel-Dieu : confusion pendant le jour, alimentation refusée ou irrégulière, subdélirium dans la soirée, agitation durant la nuit malgré le chloral.

Le calme revient enfin peu à peu et B... peut alors faire posément, aux demandes qui lui sont posées, des réponses, indiquant de nouveau qu'elle dit tout ce qu'elle sait et qu'une amnésie réelle et complète, pour une période de temps déterminé, existe chez elle. Elle peut même fournir d'autres détails très intéressants.

Voyant en ce moment quelles seraient les conclusions résultant de mon examen, j'estimai que j'assumerai une trop grande responsabilité en terminant seul l'expertise d'un cas aussi grave et qui avait passionné en divers sens l'opinion publique, et je priai M. le Juge d'Instruction de vouloir bien désigner deux autres experts. C'est ainsi que j'ai continué, à partir du 14 octobre, à examiner la femme B... avec MM. Albert Malherbe et Ollive, professeurs à l'Ecole de médecine. C'était au moment où elle venait de tomber dans une crise de délire et d'inconscience, occasionnée probablement par la fatigue qu'elle avait éprouvée en répondant longuement à une lettre d'un de ses fils. Son aspect avait bien changé, les yeux étaient brillants, le visage menaçant et farouche. On lui commande de descendre de son lit, elle en sort d'un bond et elle se tient debout ; on croit qu'elle va marcher, mais aussitôt elle fléchit et est prête à tomber. Deux jours durant, elle avait été ainsi et ensuite elle n'avait pas gardé le souvenir de ce temps. Elle nous dit alors souffrir à la région fessière gauche ; elle y avait une vaste ecchymose et elle ne peut indiquer le traumatisme qui l'avait produite.

Tout ce qui a été dit précédemment, de l'état physique et mental de la femme B..., est étudié à nouveau. Toujours on constate la même période d'amnésie et on

constate aussi le mauvais état du sujet. L'amaigrissement est considérable, le visage est pâle, et cependant l'examen des divers organes ne révèle aucune lésion, pas même pour faire reconnaître la cause des hémorragies intestinales. Celles-ci d'ailleurs ne se sont pas reproduites à Saint-Jacques, et nous avons cru pouvoir les rattacher aux hémorragies observées chez les hystériques et sur lesquelles le Dr Lancereaux appelait récemment l'attention à la tribune de l'Académie.

Du reste B... présente bien d'autres stigmates de la névrose : anesthésie presque complète par places, par d'autres retard considérable de la sensibilité, perte du réflexe cornéen, du réflexe pharyngien et du réflexe pituitaire, paraplégie presque complète, impossibilité de détacher les pieds du plan du lit.

Elle était sujette chez elle à des pertes de connaissance. Quand elle sentait venir le mal, elle fixait une assiette accrochée au mur vers le pied de son lit. Elle donne de la place occupée par cette assiette et de cet objet lui-même une très exacte description que nous avons pu d'ailleurs vérifier. En la fixant, elle la voyait peu à peu disparaître et enfin elle perdait conscience de toutes choses. Dans cet état, et ici nous n'avons qu'à rappeler les expressions des témoins, elle était comme une morte et, plus d'une fois, son entourage en fut très effrayé.

Nous avons pensé que B... devait être hypnotisable.

Mise en léthargie par la fixation d'un objet brillant et ensuite en somnambulisme, sa physionomie prend un aspect farouche. Si on lui ordonne de se lever, cette femme qui, à l'état de veille, peut à peine se tenir debout, saute brusquement de son lit et marche d'une façon saccadée. En lui soufflant sur la face, on la réveille. Mais le réveil est pénible. Elle a été ensuite en proie à une vive anxiété morale avec sensation d'oppression thoracique. Cet état n'a disparu que durant la nuit et à la suite d'une sueur d'une abondance extrême, parfaitement observée par la sœur veilleuse. Le lendemain, elle n'avait gardé aucun souvenir et ne savait à quoi attribuer le malaise qu'elle avait ressenti. Elle pouvait à peine se tenir debout et était incapable de marcher.

B... est encore soumise à l'hypnotisation les 5, 7 et

et 10 novembre, le 1^{er} et le 20 décembre. A toutes ces dates, en état de somnambulisme, il lui est ordonné de reproduire l'acte qu'elle a accompli dans la nuit du 17 au 18 septembre 1902, le meurtre de A... Elle l'a fait chaque fois avec la même fidélité et la même exactitude, comme elle l'a fait encore une dernière fois, à la date du 25 novembre 1903, avant son départ de l'asile.

Aux premières dates, les expériences ont été suivies du même malaise angoissant qui s'est terminé encore par une sudation extrêmement abondante, tandis qu'aux dernières, ces phénomènes ne se sont pas produits, l'état général s'étant déjà très sensiblement amélioré.

Le 25 novembre, la reproduction du crime a été particulièrement intéressante, et c'est pour cela que c'est la seule dont je donne la description. Nous avons alors aménagé une chambre comme l'était celle qu'occupait B... à la date fatale et nous avons fait l'expérience la nuit, c'est-à-dire dans les meilleures conditions pour la voir agir comme au moment où elle avait tué A...

Vite amenée au somnambulisme, je lui ordonnai d'aller se coucher dans la chambre préparée pour elle et je lui ai dit : « Vous allez vous lever et accomplir, sans rien oublier, tout ce qui s'est passé quand vous avez tué A... » Cette femme, considérée comme une mourante dans la journée du 17 septembre, en tout cas incapable de se tenir droite et de marcher, s'est levée d'un bond, est allée prendre à un porte-manteau un peignoir dont elle s'est revêtue, ce peignoir que l'on a retrouvé sur elle le 18 au matin et qu'elle n'avait pas l'habitude de garder pendant la nuit; elle a suivi d'un pas ferme le mur qui faisait face au pied de son lit, s'est arrêtée, a cherché avec ses mains, a piétiné sur place, s'est montrée impatiente et enfin est restée immobile. C'est que nous avions mis en mauvaise place l'armoire qui contenait le revolver, et j'ai été obligé de lui dire d'avancer. Elle l'a fait aussitôt et, comme soulagée à la rencontre de l'armoire, elle l'a ouverte et a saisi avec empressement un revolver placé sur une étagère. Elle s'est dirigée vers le fauteuil dans lequel A... sommeillait, entre la table supportant une lampe allumée et le lit, à gauche de A... Elle a examiné le revolver, a placé ses doigts sur la gâchette et, après quelques instants, elle a placé le

canon au niveau de la tête de son amant. Il y a eu encore un temps d'hésitation, mais elle a de nouveau et fermement approché le revolver de la tempe gauche de A..., et nous avons entendu nettement le chien frapper cinq coups successifs et sans arrêt, un sixième a été moins bien perçu. Son bras droit est alors retombé le long du corps, la main continuant à tenir l'arme, et elle est restée quelque temps figée à la même place, toujours droite, à côté de A..., les pieds sur la peau de chèvre que nous n'avions pas oublié de mettre à terre. Elle veut s'éloigner, fait deux pas et revient près de A..., à la place qu'elle occupait précédemment, semblant le contempler. C'est pendant cette station que sa chemise, sa camisole et sa robe de chambre ont été éclaboussées de sang, comme il est dit dans le rapport du médecin légiste, que ses pieds ont marché sur le sang provenant des blessures et qu'ils ont été teints comme s'ils avaient été passés au pinceau, ainsi qu'il est dit encore dans le même rapport. Puis, après des marques d'anxiété, elle a, d'un mouvement brusque et nerveux, pris la direction de son lit, a jeté vivement le revolver sur la table de nuit, comme on l'avait retrouvé chez elle, et elle s'est recouchée. Je l'ai alors réveillée en lui soufflant sur le visage.

C'était bien la scène sanglante telle qu'on avait cru pouvoir la reconstituer d'après les constatations de la première heure et en l'absence de tout témoin.

Après les résultats des expériences hypnotiques, notre conviction avait été établie, basée sur un ensemble et un enchaînement de faits pathologiques et absolument cliniques, les uns connus au moyen d'un grand nombre de témoignages authentiques contenus au dossier, les autres retirés de l'observation de plusieurs médecins ou recueillis dans notre examen direct et dans l'expérimentation scientifique.

Par là même, toute idée de simulation devait être écartée et, dans les pratiques d'hypnotisation, nous avons pu, par tous les moyens mis ordinairement en usage, nous assurer que le sommeil était réel. Celui-ci était suivi, d'ailleurs, de phénomènes que l'on ne peut produire volontairement. Le semblant de raison dans les paroles prononcées par B..., le matin du 18 septembre,

quand la femme de service était entrée dans sa chambre, si encore elles sont vraies et si elles ont été fidèlement rapportées, ni la lettre écrite pendant le séjour en prison, ne sont pas en contradiction avec l'automatisme; car, je l'ai déjà dit et en ai donné des exemples, les actes et les paroles peuvent être coordonnés sans pour cela être guidés par une activité consciente.

Les experts ont donc conclu que B..., à l'extrême degré de l'affaiblissement physique dû à des hémorragies fréquentes et abondantes, et hystériques, était sujette au sommeil morbide spontané, que c'était dans un accès de somnambulisme et privée de son libre arbitre qu'elle avait commis l'acte qui lui était imputé et que cette crise de somnambulisme avait été suivie d'une période de graves troubles cérébraux.

Notre rapport n'a été déposé que le 1^{er} juillet, parce que nous avions voulu tenir la malade en observation pour voir si de nouvelles crises ne reparaitraient pas spontanément. Mais l'état général s'était amélioré dès le mois de février, les fonctions organiques s'exécutaient bien, les règles n'avaient jamais cessé et revenaient exactement le mercredi de chaque quatrième semaine, il n'y avait plus d'hémorragies intestinales, l'usage des membres inférieurs réapparaissait progressivement. Il n'y avait aucun signe fonctionnel de folie, aucun amoindrissement des facultés intellectuelles; B..., était facile à diriger, soumise à la discipline de l'établissement, et commençait à travailler.

Une ordonnance de non-lien fut rendue à son égard et, encore après, son attitude, ses souvenirs, son amnésie, sa douleur et ses regrets n'ont jamais varié. La prolongation du séjour à l'asile a permis de la conduire à un rétablissement physique parfait, ce qui doit la mettre à l'abri de nouveaux accidents névropathiques. Elle est sortie le 11 décembre, déclarée guérie. Elle est allée au loin chez un de ses fils, et j'ai reçu d'elle une lettre disant toute sa reconnaissance pour ceux qui lui avaient donné des soins. Cette lettre garantit incontestablement la juste appréciation médico-légale émise à son égard. Un criminel vulgaire ou simulateur n'aurait envisagé que l'ordonnance de non-lien, le classement de son affaire, sa délivrance, et se serait pas mal soucié

ensuite de se remettre en relation avec ceux qui avaient eu à s'occuper de lui.

Oui, cette affaire B... était vraiment remarquable, intéressante, impressionnante, de nature à créer les les plus graves soucis à des experts. L'accusation avait, en effet, dans les mains tous les éléments nécessaires pour dire que B... avait agi consciemment, avec préméditation et sous l'influence d'un mobile certain, intéressé, de vengeance et passionnel.

La rupture prochaine de deux amants, le mariage de A..., la désillusion de B... qui avait toujours cru possible son union légitime avec lui, la détresse dans laquelle il allait la laisser après qu'elle avait dépensé ses économies et son gain professionnel avec lui et pour lui, avaient pu faire proférer à B... des paroles menaçantes, faire germer dans son esprit des projets de vengeance, la pousser à chercher à empêcher d'une manière quelconque le mariage de son amant. Ce sont des sentiments communs dans de pareilles circonstances. Mais la raison, et l'amitié qu'elle avait encore conservée pour A..., et la maladie aussi, si l'on veut, l'avaient arrêtée. Il a fallu le somnambulisme pour qu'elle soit remise sur pied, que la pensée criminelle survienne, et que, dans un automatisme aiguë par des préoccupations passionnelles, le meurtre ait lieu. Je le répète encore, il peut exister apparence ou réalité de préméditation, et en même temps absence absolue de conscience de l'exécution, par conséquent irresponsabilité.

Fodéré, je l'ai dit, ne pensait pas ainsi et, dans ce cas, il aurait laissé la justice suivre son cours. Mais aujourd'hui le somnambulisme est considéré comme une maladie, et les actes accomplis durant les accès sont justiciables de l'article 64 du code pénal.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1903

I. — *Les effets et les dangers des boissons avec essences devant la clinique*; par M. le D^r Lancereaux (séance du 27 janvier). — On sait que la commission chargée d'étudier les effets des essences qui entrent dans la composition des liqueurs livrées à la consommation publique, a, par l'organe de M. Laborde, pris des conclusions qui aboutissent : 1° à la proscription absolue de toutes les essences qui entrent dans la composition des apéritifs (absinthe, hysope, badiane, angusture, etc.); 2° à la réglementation de celles qui entrent dans les liqueurs (menthe, mélisse, anis, etc.).

A ce rapport, M. Lancereaux a annexé la note additionnelle dont nous donnons ci-dessus le titre et qui a pour but de fournir des exemples topiques des dangers de l'intoxication qui résulte de la consommation de ces essences. A propos de l'absinthe, il présente des observations d'hystéro-épilepsie, de délire hallucinatoire nocturne avec hyperesthésies généralisées, de paralysies généralisées, de démences massives, etc. Le vulnéraire, les amers, le vermouth, la menthe peuvent produire les mêmes effets.

Il suffit d'un temps relativement court pour amener des désordres nutritifs qui aboutissent presque invariablement à la tuberculose. Sur 2.192 tuberculeux observés par l'auteur, 1.229 étaient alcooliques et, parmi ces derniers, 513, c'est-à-dire près de la moitié, étaient des buveurs de boissons à essences. La preuve de l'influence de ces dernières sur la tuberculose est fournie par le siège même de la localisation tuberculeuse, au sommet droit et en arrière, contrairement à la tuberculose du

sédentarisme et de l'encombrement, qui débute par la région antérieure et supérieure du poumon gauche.

Mais ce n'est pas tout, les alcooliques, les absinthiques sont à redouter, non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour leur descendance. C'est là le plus grand danger. Voici par exemple un exemple typique dû au D^r Pellmann, de Bonn. C'est l'histoire sociale de la famille Ada Jurke, alcoolique, voleuse, et vagabonde, née en 1740 et morte au commencement du XIX^e siècle. Sa postérité compte 843 membres; sur les 469 que l'on a pu retrouver il y a 106 enfants nés hors mariage, 142 mendiants, 64 pensionnaires de dépôts de mendicité, 81 prostituées, 76 criminels dont 7 assassins... L'histoire d'un peuple ravagé par l'alcool présente beaucoup d'analogie avec l'histoire de la famille Ada Jurke.

II. — *Discussion sur les liqueurs à essences* (séances des 3, 10, 17, 24 février et 10 mars). — MM. Hanriot et Bouchardat demandent que l'on proscrive absolument l'absinthe et qu'on laisse subsister les autres liqueurs. Il est indiscutable que, parmi les méfaits de l'alcoolisme, l'absintheisme seul occupe une place à part avec un ensemble de caractères cliniques spécial. Mais il n'en est pas de même pour les liqueurs à essences de noyaux, d'amandes amères, et d'anis ou de badiane. « Ne serait-il pas plus utile à la défense de notre cause, dit judicieusement M. Hanriot, de rentrer dans la voie ouverte par l'éminent hygiéniste Théophile Roussel qui a autrefois proposé au Parlement de surtaxer l'absinthe, la liqueur homicide? Si l'on vendait, grâce à des surtaxes très élevées, le petit verre de la liqueur d'absinthe et de ses similaires plus cher que l'est le petit verre de fine champagne; je crois que l'on rendrait un grand service au pays. »

M. Raymond communique le relevé statistique des malades examinés à la clinique de la Salpêtrière du 1^{er} janvier au 31 décembre 1902 au point de vue de leurs antécédents alcooliques. Deux mille consultants se sont présentés, dont la moitié de chaque sexe; 120 hommes et 200 femmes ont été hospitalisés. Sur la totalité de ces deux catégories, il y avait 66 p. 100 d'alcooliques se répartissant ainsi: 10 très alcooliques, 40 modérément, 16 peu alcoolisés (buveurs de vin).

Parmi les maladies du système nerveux, attribuables à l'alcoolisme, les névrites périphériques sont les plus nombreuses. Dans le tabes, l'alcoolisme a joué un rôle dans les deux tiers des cas; mêmes résultats dans les syphilis cérébro-spinales y

compris la paralysie générale. L'épilepsie, débutant à l'âge adulte, a presque toujours une origine alcoolique.

L'auteur termine par deux exemples saisissants, l'un d'épilepsie causée par l'absinthe chez une jeune femme de vingt-trois ans, l'autre de polynévrite généralisée chez une femme de cinquante-deux ans adonnée à l'eau de mélisse.

M. Lancereaux insiste sur la nocivité des apéritifs de tout genre dont la propriété malfaisante, en dehors de la toxicité, est de développer un besoin qui ne tarde pas à devenir aussi impérieux que celui de la faim ou de la soif. Dans toute consultation hospitalière, sur 30 ou 40 malades, il se trouve 10 à 12 alcooliques, dont 7 à 8 par les boissons à essences. Les accidents propres à ces dernières sont, sans parler des cauchemars et rêves terrifiants, des troubles hyperalgésiques dans les membres inférieurs avec exagération des réflexes, puis des paralysies commençant par les extenseurs et enfin la démence. Donc, si on tient à éviter les effets pernicioeux de ces boissons, il faut les prohiber en masse, ou si cela n'est pas possible, leur imposer des surtaxes considérables.

Quelques académiciens, MM. Daremberg, Reclus, Prunier, se sont montrés assez sceptiques en ce qui concerne les assertions tant du rapporteur que des précédents orateurs.

M. Laborde, toutefois, a maintenu énergiquement les conclusions de la commission. M. Laveran propose des mesures légales prohibitives qui ne sont pas du ressort de l'Académie.

M. Magnan insiste de nouveau sur le tableau clinique de l'intoxication par l'alcool chargé d'essences. Elle aboutit au délire hallucinatoire inconscient et à l'épilepsie, ce qui est logique, les essences que contiennent les apéritifs et surtout l'absinthe étant épileptisantes. Pendant les années 1870 et 1871, les alcooliques entrés au bureau d'admission de Sainte-Anne représentaient de 26 à 27 p. 100 des admissions. Il pensait que ces chiffres dus à des circonstances néfastes, ne seraient jamais dépassés. Aujourd'hui, l'alcoolisme pousse dans les asiles la moitié des malheureux qui y sont reçus.

M. Joffroy pense que, telle qu'elle est posée, la question ne peut conduire qu'à des mesures insuffisantes. Il ne faut pas, sous prétexte de combattre l'alcoolisme, s'en faire les propagateurs inconscients. Il ne faut pas deux listes, mais une seule, toutes ces boissons étant également nuisibles. Il ne faut proposer ni voter aucune réglementation en ce qui concerne leur composition, car les fabricants ne manqueraient pas de s'en

targuer pour présenter leurs produits comme conformes aux formules de l'Académie de médecine.

Finalement, l'Académie refuse de discuter la réglementation des liqueurs à essences et vote les conclusions suivantes :

1° L'Académie déclare que toutes les essences naturelles ou artificielles sans exception, ainsi que les substances extraites incorporées à l'alcool ou au vin, constituent des boissons dangereuses et nuisibles.

2° L'Académie déclare que, le danger de ces boissons résultant tout à la fois des essences et de l'alcool qu'elles renferment, elles mériteraient, quelle que soit leur base, d'être prosrites, et que, tout au moins, il y a lieu de les surtaxer de telle manière que la surtaxe devienne en quelque sorte prohibitive.

3° L'Académie signale en particulier le danger des apéritifs, c'est-à-dire des boissons à essences et à alcool prises à jeun. Le fait que ces boissons sont prises avant le repas rend leur absorption plus rapide et leur toxicité plus active.

Enfin, pour terminer cette discussion, la Commission de l'alcoolisme propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

« L'Académie émet le vœu qu'il soit pris des mesures efficaces pour diminuer le nombre des débits de boissons. »

Ces conclusions et ce vœu, successivement mis aux voix, sont adoptés à l'unanimité.

III. — *Sur un travail de MM. Anglade et Chocraux (d'Alençon) concernant la tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses.* Rapport de M. Raymond (séance du 17 mars). — Les auteurs estiment que la tuberculose se rencontre, avec une fréquence excessive, dans les antécédents des mentaux et des nerveux et chez ceux-ci. Les paralytiques qui n'ont pas eu la syphilis peuvent être simplement des tuberculeux et souvent ils sont à la fois l'un et l'autre. Les épileptiques sont très fréquemment de souche tuberculeuse ou meurent phthisiques, de même que les idiots, etc.

D'autre part, une méthode histologique spéciale a permis à M. Anglade de constater : 1° que l'épilepsie et les arrêts de développement coïncident avec un excès de névroglie ; que la réaction névroglieue constitue l'encéphalite vraie des paralytiques généraux, la pseudo-encéphalite des maniaques et des mélancoliques ; 2° que la tuberculose a des poisons capables de provoquer cette réaction névroglieue, diffuse, corticale ou épendymaire. Les auteurs en concluent donc au rôle prépondérant des toxines tuberculeuses dans l'apparition d'un grand nombre

de maladies mentales et nerveuses. Pour le rapporteur, il convient de faire une distinction capitale entre : 1° les tuberculoses du cerveau et de la moelle ; 2° les maladies nerveuses et les maladies mentales chez les tuberculeux. La solution du premier problème est depuis longtemps donnée ; en ce qui concerne celle du second, peut-on admettre les idées des auteurs ? Et si on les admet, comment comprendre le mécanisme d'action de la tuberculose : s'agirait-il d'une véritable toxémie tuberculeuse, ou plutôt d'une altération du névraxe ainsi rendu plus fragile en face des autres intoxications ou infections ?

Le problème est singulièrement complexe. Il convient assurément de songer à la tuberculose dans la pathogénie des affections mentales et nerveuses en général ; mais nous ne pouvons dire d'ores et déjà si cette toxi-infection prendra jamais l'importance considérable reconnue par tous les observateurs à la syphilis et à l'alcoolisme dans le développement des maladies nerveuses et mentales.

IV. — *Du suicide dans la syphilis*, par M. Alfred Fournier ; (séance du 19 mai). — Ayant été amené à ouvrir une enquête sur cette nouvelle question, le professeur Fournier a, tant de ses lectures qu'à ses notes, de ses souvenirs et des souvenirs de ses collègues interviewés à ce sujet, recueilli les renseignements suivants :

1° Cas où le suicide est le résultat d'un trouble mental dérivant de la syphilis ;

2° Cas où il est le résultat d'un désespoir du malade, en face d'un accident syphilitique grave, ou tout au moins réputé tel par lui ;

3° Cas relatifs à la notification première de la syphilis ;

4° Cas relatifs aux situations sociales que crée la syphilis par rapport au mariage.

Le premier de ces groupes comprend les cas les plus nombreux (encéphalopathie spécifique, gomme cérébrale, psychoses secondaires, paralysie générale, etc.). Le malade se tue parce qu'il est fou, le rôle de la syphilis n'est qu'indirect.

Les autres cas s'expliquent d'eux-mêmes. Ils sont, en somme, peu fréquents relativement à la diffusion de la syphilis. Mais toute rare que soit cette forme du suicide, elle est loin de constituer une quantité négligeable, puisqu'à lui seul l'auteur en a observé dix-huit cas.

Pour n'être pas syphilitiques, les suicides de ces quatre groupes n'en restent pas moins le résultat de la syphilis, assistée

ou non d'autres facteurs, tels que tares nerveuses, héréditaires, nervosisme acquis, etc. Et c'est à la syphilis, somme toute, qu'en dernière analyse en incombe la responsabilité.

A. CULLERRE.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1901 (*Suite et fin*)

Archives générales de médecine.

I. — *Quatre cas de torticollis mental*; par E. Feindel et H. Meige (numéro de janvier). — La caractéristique du torticollis mental, décrit pour la première fois par le professeur Brissaud, est une attitude vicieuse de la tête et du cou, permanente ou intermittente, que les malades peuvent corriger immédiatement et complètement, grâce à un subterfuge de leur choix.

Dans les quatre nouveaux cas ici publiés, on retrouve l'étiologie habituelle de cette affection : prédisposition héréditaire et personnelle, action déprimante de diverses causes morales. Le traitement qui a pour base des séances graduées d'immobilité commandée, suivie d'exercices méthodiques et gradués de mouvements volontaires, a produit dans un cas la guérison, dans un autre une grande amélioration; l'instabilité mentale et la volonté débile des deux autres sujets n'a pas permis d'arriver à un résultat satisfaisant.

II. — *Les statistiques relatives à la production et à la consommation des boissons alcooliques en France*; par Lucien Mayet, interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de Médecine de Lyon (numéro d'août). — Des chiffres relevés par l'auteur, il résulte que la production et la consommation de l'alcool en France augmentent graduellement depuis un demi-siècle. Cet accroissement est surtout marqué depuis vingt-cinq ans. En cinquante années, la consommation de l'alcool a plus que triplé.

Sans innocenter tel ou tel alcool, tout le monde est d'accord pour incriminer, au point de vue de la production de l'alcoolisme, les alcools d'industrie. En 1850, l'industrie produisait

891,500 hectolitres d'alcool ; en 1899, elle en a produit 2,559,588, c'est-à-dire près de trois fois plus.

Les apéritifs constituent l'un des plus dangereux facteurs de l'alcoolisme français. Leur consommation suit une progression véritablement inquiétante. En 1884, 84,755 hectolitres d'alcool, soit 5 p. 100 de la consommation totale, sont consommés à l'état de bitter, d'absinthe et similaires ; en 1898, 201,669 hectolitres d'alcool, soit 14 p. 100 de la consommation totale, sont consommés sous cette forme.

Les divers départements entrent pour une part très inégale dans la consommation totale de l'alcool en France. L'alcool est surtout consommé dans les départements du Nord-Ouest, du Nord et du Nord-Est.

En 1898, 47 départements dépassent la quotité de 2 litres 1/2 d'alcool par tête ; dans 24 départements, cette quotité est supérieure à 5 litres. Si l'on tient compte de l'alcool contenu dans les boissons dites hygiéniques (vin, bière, cidre, poiré), la consommation officielle d'alcool pur par habitant, c'est-à-dire en ne tenant pas compte de la fraude et de la fabrication des bouilleurs de cru, a dépassé, en 1899, le chiffre formidable de 14 litres.

L'augmentation de la consommation de l'alcool et l'accroissement du nombre des débits sont en étroite corrélation ; il en ressort avec évidence que le cabaret crée l'alcoolisme et n'en n'en est pas la conséquence. En 1835, il y avait moins de 300.000 débits en France ; en 1899, il y en avait 435.628, soit 1 débit pour 88 habitants, mais le nombre d'habitants n'équivaut pas au nombre des buveurs. Pour le département du Nord, le nombre des buveurs ne s'élève pas certainement à plus de 15 ou 20 p. 100. La mesure la plus immédiatement efficace, pour combattre l'alcoolisme, serait de réduire de nombre des débits de boisson.

III. — *La chorée arhythmique hystérique de l'enfance* ; par les D^{rs} G. Carrière, agrégé de l'Université de Lille et F.-D. Sonnevile (d'Armentières) (numéros de septembre et d'octobre). — Ce travail repose sur vingt-neuf observations cliniques, desquelles il résulte que sur quinze cas directement observés par les auteurs, dix imposent la conviction que la chorée est bien de nature hystérique ; quatre, où cette origine est seulement probable et une, dans laquelle il s'agit de chorée symptomatique.

Tout accident hystérique possède, d'après le professeur Pitres,

cinq qualités bien déterminées : a) il est la conséquence de troubles purement fonctionnels du système nerveux ; b) ces accidents peuvent être brusquement provoqués, modifiés ou supprimés par des influences psychiques ou par des causes physiques dénuées de toute action sur les accidents similaires dépendant de lésions organiques ; c) ils se montrent rarement isolés ; d) ils n'ont pas d'évolution régulière ; e) ils n'ont ordinairement pas sur la santé générale et sur l'état mental des sujets le retentissement qu'auraient les accidents similaires dépendant d'une autre cause.

La chorée arythmique, dont on ne connaît aucune cause anatomo-pathologique, répond à ces conditions.

Ces considérations conduisent les auteurs à soutenir avec Debove, Chantemesse et Cadet de Gassicourt que : la chorée arythmique hystérique de l'enfant est une modalité de l'hystérie infantile.

Il ne serait pourtant pas rationnel de confondre la chorée de Sydenham avec l'hystérie. Certaines formes de la première conservent leur individualité, leur indépendance, par exemple la forme rhumatismale dont il est impossible de méconnaître l'existence.

IV. — *Contribution à l'étude anatomo-clinique des aphasies. Vingt-huit observations inédites suivies d'autopsie* ; par le Dr Touche, médecin de l'hospice de Brévannes (numéros de septembre, octobre, novembre). — Ce travail purement clinique, se termine par quelques réflexions dont voici le résumé :

L'étude des aphasies corticales (16 cas) montre combien il est difficile de prévoir les lésions d'après l'étude des symptômes. En ce qui concerne l'aphasie motrice, une destruction complète de la troisième frontale peut ne donner, comme signe, qu'un certain degré de scansion. Si, en même temps, la première temporale est partiellement altérée, la dysarthrie est augmentée, mais la parole est encore possible.

Il faut une lésion de l'insula pour que la perte de la parole spontanée soit complète.

Pour ce qui regarde l'*aphasie sensorielle*, les lésions destructives du lobe temporal donnent lieu, tantôt à la surdité verbale, tantôt non. Cette même diversité se rencontre dans les lésions du pli courbe. En revanche, la cécité verbale avec alexie et agraphie pour l'écriture spontanée et dictée paraît être constante dans la lésion du pli courbe. On peut se demander, étant donné le rôle du pli courbe dans la surdité verbale, s'il n'y a

pas lieu d'admettre une relation entre l'intégrité du pli courbe et l'exercice normal des activités cérébrales, quelles qu'elles soient, qui précèdent l'évocation du mot.

Les aphasies par lésions de la capsule externe sont impossibles à diagnostiquer des aphasies corticales.

Une lésion (hémorragie) du genou de la capsule interne peut donner lieu à de l'aphasie véritable.

Le ramollissement du genou du corps calleux paraît avoir, dans un cas, déterminé de la jargonaphasie.

V. — *Alcoolisme et aliénation mentale*; par le D^r Lucien Mayet (numéro de décembre). — En examinant des statistiques de provenances diverses et par conséquent peu comparables, l'auteur déclare n'en pouvoir tirer que des données incertaines.

Ce que l'on peut affirmer, cependant, c'est l'augmentation progressive de l'aliénation mentale en France depuis vingt-cinq ans; c'est aussi et surtout, dans ces dernières années, l'accroissement du nombre de cas de folie alcoolique. Ce que l'on peut aussi remarquer, c'est le développement plus considérable de la folie alcoolique dans les régions et aux âges où l'action toxique de l'alcool se fait sentir avec son maximum d'intensité.

Annales d'hygiène et de médecine légale.

I. — *Rapport médico-légal sur un cas d'exhibitionnisme épileptique*; par le D^r Raoul Leroy médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Evreux (numéro de janvier). — Il s'agit d'un homme, poursuivi pour la troisième fois et deux fois condamné pour outrages publics à la pudeur. Ces exhibitions avaient eu lieu pendant des accès d'automatisme ambulateur survenues à la suite d'excès d'absinthe. Le prévenu présentait de plus des attaques convulsives nocturnes passées jusqu'alors inaperçues.

Les conclusions du rapport furent que le prévenu était un dégénéré héréditaire, ayant présenté, sous l'influence d'excès d'absinthe, des attaques d'épilepsie caractérisées par de l'automatisme ambulateur et des crises convulsives nocturnes; que les actes à lui reprochés avaient été accomplis d'une façon inconsciente et qu'en conséquence il était irresponsable et devait être enfermé dans un asile d'aliénés. Ces conclusions furent acceptées.

II. — *Alcoolisme et criminalité*; par le D^r Paul Garnier,

médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police (numéro de février). — Les conclusions de ce mémoire sont, en substance, les suivantes :

1° L'étude des phénomènes dégénératifs produits sur l'individu ou sa descendance par l'alcoolisme le dénonce comme l'un des plus puissants facteurs de la criminalité, cette intoxication réalisant, par excitabilité anormale ou régression morale, l'*aptitude au crime*;

2° De l'ensemble des statistiques, on peut conclure que dans la proportion de 65 p. 100, environ, l'alcool a été l'agent direct ou indirect du crime;

3° Cette constatation impose à la société des mesures de préservation et fait au législateur un pressant devoir d'intervenir;

4° A l'égard des condamnés, dont la majorité est ainsi tributaire de l'alcoolisme, il convient de prohiber la vente des boissons spiritueuses dans les prisons, poursuivre le relèvement moral du condamné, essayer de susciter une émulation spéciale, en vue de l'affranchissement de la passion de boire, et, si possible, y aider par l'appoint de la libération conditionnelle.

Ces conclusions ont été adoptées par le Congrès pénitentiaire international de Bruxelles en 1900.

III. — *De l'action du sulfure de carbone sur le cerveau des ouvriers en caoutchouc*; par le D^r E. Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Evrard (numéro de mars). — L'auteur, après avoir rappelé son travail de 1895 (Des troubles intellectuels dans l'intoxication professionnelle par le sulfure de carbone. *Annales d'hygiène*, t. XXXIII), où il essayait de démontrer que l'action du sulfure de carbone sur le cerveau varie selon que cet organe est, ou n'est pas prédisposé à la vésanie, discute les travaux de Julius Hampe, Prodhon, Koster et Landenheimer sur le même sujet et en arrive à maintenir ses premières conclusions, à savoir que :

1° Le sulfure de carbone est susceptible de déterminer deux désordres mentaux, l'un aigu, l'ivresse simple, l'autre chronique, la démence;

2° Les autres troubles intellectuels et manifestations délirantes ne surviennent que chez les prédisposés;

3° Il n'y a pas de folie sulfo-carbonée.

IV. — *La criminalité juvénile; étiologie du meurtre*; par le D^r Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police (numéro de novembre). — Les statistiques

prouvent que la criminalité juvénile est en énorme progression sur la criminalité adulte. En ce qui concerne le meurtre, par exemple, la première est aujourd'hui six fois plus fréquente que la seconde.

Cette fréquence croissante paraît directement en rapport de causalité avec les progrès parallèles de l'alcoolisme.

Le criminel adolescent, le plus souvent fils d'alcoolique et fréquemment absinthique lui-même, est un *instinctif* d'un développement intellectuel et moral imparfait, mais n'appartient pas, en général, à un type morbide *cliniquement isolable*.

Il y a lieu de lutter contre le flot croissant de cette criminalité par l'éducation qui, dans une certaine mesure, peut être efficace, par des mesures d'hygiène sociale, par le traitement dans un établissement spécial disposé pour cette catégorie de criminels instinctifs.

D^r A. CULLERRE.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of Mental Science.

ANNÉE 1901

I. — *Frédéric Nietzsche. Etude de pathologie mentale*; par le D^r W. Ireland (numéro de janvier). — « Lorsqu'on lit à la file tous les écrits de Nietzsche, on a, de la première à la dernière page, l'impression qu'on entend un fou furieux qui, les yeux étincelants, la bouche écumante, avec des gestes sauvages, éjacule un flot de paroles assourdissant et, au milieu de ses vociférations, tantôt éclate d'un rire fou, tantôt lance des injures ordurières et des malédictions, tantôt se livre à une danse vertigineuse, tantôt fond, la mine menaçante et le poing tendu, sur les visiteurs et sur ses adversaires imaginaires. Autant que ce torrent intarissable de phrases peut laisser apparaître un sens, il montre comme éléments fondamentaux une série constamment réitérée d'aperceptions délirantes qui ont leur source dans des hallucinations et des processus organiques maladifs. »

Ainsi s'exprime Max Nordau sur le philosophe athée. Ailleurs il écrit : « On doit d'abord s'habituer au style de Nietzsche.

« L'aliéniste, lui, à la vérité, n'a point à le faire; il connaît bien le genre. Il lit fréquemment des écrits, d'ailleurs non imprimés, il est vrai, dont la marche d'idées et la diction sont semblables, et il les lit, non pour son plaisir, mais pour prescrire l'internement de l'auteur dans une maison de santé. Le profane, au contraire, est facilement troublé par ce tumulte de phrases... »

Le jugement est sévère et M. Ireland le trouve tel au moins en ce qui touche les premières œuvres de Nietzsche, dont la forme est sobre et les vues généralement rationnelles. Bien que le paradoxe y apparaisse déjà, on ne peut y voir encore les effusions d'un esprit égaré. On découvre même parfois, dans ces écrits, plus d'une saillie originale et vraie, sous une forme drôle et bizarre.

Nietzsche n'en offre pas moins un cas pathologique très curieux. La mentalité du célèbre écrivain est étudiée dans ce chapitre jusqu'au dénouement de la scène morbide, qui a été la démence et la mort par hémorragie cérébrale.

Nous n'entrerons pas dans les détails de cette analyse délicate, où notre savant confrère passe en revue toute l'œuvre philosophique, depuis le premier volume : *Enfantement de la tragédie par le génie de la musique*, monument élevé à la gloire de Wagner, jusqu'au célèbre poème de *Zarathustra, le surhomme qui a tué Dieu*. Mais il nous convient d'emprunter à M. Ireland ses intéressants aperçus sur l'histoire d'un homme qui a fait quelque bruit autour de son nom, dont la personnalité a été glorifiée à outrance par quelques-uns, attaquée passionnément par le plus grand nombre.

Ses biographes s'accordent à lui reconnaître la tare héréditaire, dans les deux lignées paternelle et maternelle. Il n'a commencé à parler qu'à deux ans et demi. Enfant, il recherchait la solitude, fuyait ses camarades. Ses goûts studieux et dévots l'avaient fait surnommer le petit curé. Plus tard, il fréquentait les Universités de Bonn et Leipzig, et il vivait séparé des autres étudiants turbulents et buveurs. A vingt-quatre ans, il était professeur de philologie à l'Université de Baste. Celle de Leipzig l'admit bientôt après parmi ses docteurs, sans examens ni thèse. Le jeune savant fut donc pourvu, dès le début de sa carrière, d'une position aisée et préservé des luttes et des compétitions qui éprouvent les jeunes gens. Il connut alors Richard Wagner et cultiva son amitié.

Mais la guerre de 1870 devait être fatale à sa santé et à son

repos. Atteint en France par la diphtérie et le choléra, il put gagner à grand'peine Erlangen, en Suisse, dans un état de prostration. Il ne devait jamais se rétablir. Depuis cette époque, il avait des crises fréquentes de migraine, compliquées d'abattement, de rétrécissement du champ visuel, d'insomnie et souvent d'anxiété mentale.

De son père, il avait hérité d'une forte myopie.

Défiant et réservé avec un inconnu, il se montrait bienveillant et affable avec ses amis. Il écrivait à l'un d'eux, en 1875 : « Je ne souffre pas seulement du corps, mais mon mal se complique de crises mentales... Le secret de toute guérison doit « consister dans une certaine rudesse de la peau qui nous protège contre notre trop grande sensibilité interne. »

En 1876, il prend un congé et passe l'hiver à Sorrente, mais sans y trouver du soulagement. Après trois ans il donne sa démission. Il se met alors à voyager en Suisse et en Italie, séjournant de préférence dans l'Engadine et à Genève. En 1880, il raconte sa misère dans une lettre : « Un poids lourd pèse « sur moi. L'an dernier j'ai eu cent dix-huit jours d'angoisse. « J'ai pu vivre, mais je ne voyais pas à trois pas devant moi. »

Sa mauvaise vue lui interdisant la lecture, il remarque lui-même que la privation du livre lui a procuré, comme de véritables bienfaits, l'oubli, le repos, la patience. Mais cette inertie intellectuelle signifiait pour lui le « penser ». Séparé de son labour habituel, il était livré sans frein aux caprices d'une imagination déréglée, aux écarts d'une nature fantaisiste et perverse; son esprit créait des associations différentes du sens commun et cette mentalité anormale se développait par bonds de plus en plus violents.

Il avait été élevé par sa mère dans la religion. Poussé par l'orgueil, il en vint à nier Dieu et toute morale; sa combativité systématique fit changer en une haine violente la vénération qu'il avait vouée à Schopenhauer et à Wagner, ses deux maîtres préférés en art et en philosophie.

L'invasion de la folie semble avoir été chez lui lente et graduelle; aussi bien sa vie errante échappe à une observation rigoureuse. Il écrit à sa sœur, au Paraguay, en 1887, pour se plaindre de l'abandon, du manque d'affections, pour accuser l'ingratitude humaine. Il ne dort pas, tout en abusant des hypnotiques, et M. Ireland fait dépendre cette insomnie de la dégénération artérielle.

C'est au mois de janvier 1900 qu'on a eu connaissance par

les journaux de sa première crise de folie décrite par sa sœur Frau Förster (*die Zukunft*). Vers la fin de l'année 1888, à Turin, il eut un ictus grave. Il tomba sur le seuil de sa porte, ne put se relever et fut frappé d'une aphasie temporaire, puis il fut pris d'agitation avec confusion mentale. Il couvrait le papier de conceptions étranges. Il s'entendait injurier par ses meilleurs amis, croyait que Dieu, mis en pièces par ses ennemis, était errant dans les parages du Pô. Une de ses lettres, qu'il signait Dionysos, étant parvenue au professeur Overbeck, celui-ci accourut à Turin auprès de son ami qu'il ramena à Baste et qu'il fit ensuite transférer à la maison de santé du Dr Binswanger, à Iéna. Nietzsche fit là un séjour de seize mois.

Puis il fut recueilli par sa mère, à Hambourg, et, après la mort de celle-ci, par sa sœur, à Weimar. L'agitation s'était progressivement amendée, mais de fréquentes attaques de paralysie vinrent aggraver son état et il succomba le 25 août 1900 à un dernier ictus apoplectique.

L'histoire psychopathique de Nietzsche est judicieusement résumée par notre savant confrère. Il nous le montre porté par son vice héréditaire vers un fonctionnement psychique anormal. Enfant, il est d'abord un arriéré, puis il apparaît timide et sauvage; jeune homme, il s'isole de ses camarades et refuse de s'associer à leurs jeux, montrant d'autre part un amour de l'étude et une tendance, en littérature, à s'éloigner des sentiers battus. Dans les premiers temps de sa vie, l'influence maternelle, la dignité de sa position universitaire le sauvegardent contre ses propensions dangereuses. Mais sa nature combative, son immense orgueil exercent sur lui leur action néfaste. Enfin ses souffrances nerveuses, en l'aigrissant et lui faisant détester la vie, ont contribué puissamment à l'éclosion de la folie. Elles ont donné naissance au délire du doute, dont les angoisses se manifestent à chaque page dans les écrits de l'infortuné philosophe.

Le surmenage de son intelligence s'accompagnait constamment de l'exaltation de ses facultés affectives et le pouvoir de corriger son raisonnement s'en trouvait affaibli. En même temps son agressivité et son égotisme se développaient tous les jours. Sans boussole pour se guider, il a été entraîné, insensiblement, par le courant de désirs et d'aspirations qu'il croyait détruits en lui, et il est arrivé finalement à admettre, à la place d'une vie future, l'éternel retour des choses; à la place du sentiment religieux, une conception monstrueuse, le *surhomme*. Le

caractère particulier de sa maladie mentale semble avoir été de lui laisser le contrôle de sa conduite, dans son commerce avec les hommes, en le poussant à écrire des livres insensés qui outrageaient les croyances de ses amis les plus chers.

II. — *Observations sur la condition du sang chez les aliénés, basées sur cent examens*; par le Dr Perceval Machie (numéro de janvier). — L'auteur de ce travail a déterminé les proportions des éléments du sang dans la paralysie générale, l'épilepsie, la mélancolie et la manie. Il a comparé ses résultats à ceux obtenus par d'autres micrographes anglais et américains. Nous reproduisons, de ce chapitre intéressant, l'œuvre personnelle de notre confrère.

Seize paralysés généraux ont servi à cette étude.

Les chiffres moyens des divers éléments du sang ont été chez ces malades :

Globules rouges	4.182.000	par mille cm^3 .
— blancs	10,562	—
Hémoglobine	87,46	—
Leucocytes polynucléaires . .	70,90	p. 100 cm^3 .
Lymphocytes mononucléaires.	28,00	—
Gros lymphocytes mononucléaire.	5,70	—
Cellules éosinophiles	2,00	—

Un seul malade avait un nombre normal de globules rouges. Chez tous les autres, il était inférieur à la normale. Deux n'en avaient que 2 millions et demi par millimètre cube.

Six offraient une leucocytose pathologique; les leucocytes étaient diminués chez deux; les autres restaient dans les limites physiologiques (entre 5 et 10.000).

Un paralysé général frappé d'hémiplégie droite, sans fièvre, a présenté, le jour qui a suivi l'attaque, une augmentation énorme de ses leucocytes (de 9 à 20.000). Elle portait sur la variété polynucléaire (75 à 82 p. 100). Un autre malade au début, dans un état maniaque, offrit une leucocytose marquée.

Chose remarquable, on a constaté en général un appauvrissement peu sensible du sang malgré la débilitation profonde des individus.

L'examen du sang de 40 épileptiques a montré une moyenne de globules rouges de 4 millions et demi (chez 8 plus de 5 millions, chez 7 de 3 à 4 millions, chez un seul plus de 2 millions et demi). 35 de ces malades offraient une leucocytose dépassant 10.000. Aucune remarque utile n'a pu être déduite du rapport

entre la composition du sang et les attaques. Tantôt les leucocytes ont diminué pendant ou après le phénomène convulsif; tantôt leur nombre s'est notablement accru. Chez un épileptique de fraîche date, on a trouvé après un long accès 58.000 leucocytes. D'autre part, un enfant sujet à des séries d'attaques hebdomadaires n'a eu qu'une augmentation de 500 globules blancs sur 10.000, après vingt attaques sériees violentes. Dans un cas de mal épileptique, on comptait, après 18 accès, 9.000 leucocytes; leur nombre n'avait atteint que 10.000 après 30 autres, au moment de la mort.

Le pourcentage moyen de l'hémoglobine a été 89,47. Chez 4 épileptiques seulement, il était inférieur à 60.

Le rapport entre les globules rouges et l'hémoglobine (richesse corpusculaire du sang) a été constant. Chez tous les malades il a varié entre 0,8 et 1,1.

En général, les pourcentages des divers globules blancs se sont maintenus dans les limites normales. Lorsque la leucocytose a marqué la fin des attaques, il s'est produit parfois une légère augmentation de la variété polynucléaire.

Les cellules éosinophiles figurent pour un chiffre assez élevé, 3,05 p. 100; mais le nombre de ces corpuscules, aussi bien que celui des gros mononucléaires, est sujet à de grandes variations.

Dans la mélancolie, l'hémoglobine et la richesse en globules seraient amoindries d'après W. Steele (*American Journal of insanity*). Tel n'est pas l'avis de M. P. Mackie qui, dans 8 cas sur 10, a trouvé une proportion d'hémoglobine dépassant la moyenne. Elle a été inférieure à 80 chez 4 malades. Quant à la richesse corpusculaire, elle n'a jamais été au-dessous de 0,9 et chez 15 mélancoliques elle a dépassé l'unité. Les globules rouges atteignaient le chiffre moyen de 4 millions et demi; chez deux malades seulement on a compté moins de 4 millions. La moyenne des globules blancs a été de 9.890. Les proportions des diverses variétés de leucocytes étaient à peu près normales, sauf dans un petit nombre de cas où les lymphocytes étaient plus abondants.

Enfin, l'examen du sang de 13 maniaques a conduit l'auteur aux conclusions suivantes : Les globules rouges dépassent en nombre 4 millions par millimètre cube. Leur moyenne est de 4 millions 470 mille. Les leucocytes, 9.000 en moyenne, augmentent pendant les accès chez un malade, dans leur intervalle chez un autre. Chez 6 maniaques leur nombre a dépassé

10.000. Le pourcentage de l'hémoglobine, à peu près normal, était de 92; la richesse corpusculaire était de 1,04. La formule leucocytaire a offert une moyenne d'éosinophiles de 3,38, supérieure à la proportion ordinaire de ces éléments. La masturbation excessive n'a pas paru modifier la composition du sang. Ce fait est contesté par d'autres.

Les autres aliénés étudiés par M. Percival Mackie représentaient des types anormaux ou insolites; quelques-uns étaient atteints physiquement. L'un d'eux, anémique aigu, mourut de purpura hémorragique. A l'autopsie, il fut trouvé porteur d'un lympho-sarcome de l'abdomen. Chez un autre, saturnin chronique avec agitation maniaque, l'examen du sang montra les altérations de l'anémie pernicieuse. Au début il n'avait que 1.500.000 globules rouges et 17 d'hémoglobine. Quand il sortit guéri, l'hémoglobine s'était reconstituée et les globules rouges atteignaient le chiffre de 8.980.000.

Dans la démence, on a constaté un amoindrissement graduel des globules rouges (Macphail). Le pourcentage de l'hémoglobine est aussi diminué. Chez les imbéciles, les deux éléments sont pauvres. La folie puerpérale serait caractérisée par un abaissement du chiffre de l'hémoglobine et de la richesse corpusculaire sans leucocytose (Bevan Lewis). Dans un cas aigu, l'auteur a constaté l'absence complète de toute altération. Chez un périodique, il a trouvé l'hypoglobulie sans leucocytose; chez un autre, il y avait une leucocytose abondante.

En somme, d'après notre confrère, la composition du sang chez les aliénés s'écarterait peu de la normale. Il estime que les changements insignifiants qu'on y rencontre sont secondaires et ne paraissent pas devoir éclairer sérieusement la pathologie du trouble mental.

III. — *Décroissance de la paralysie générale des aliénés dans l'Angleterre et le pays de Galles*; par le D^r R.-G. Stewart (numéro de janvier). — Les rapports des inspecteurs de l'aliénation mentale confirment, en effet, ce fait social important. Tandis que la folie simple tendrait à s'accroître (3,7 p. 10.000 pendant la période 1888-1892; 4 de 1893-1897), la paralysie générale aurait subi une sensible diminution, que les statistiques démontrent dans les années successives. De 1893 à 1897 on note les pourcentages annuels suivants: 8,7 — 8,5 — 8,4 — 8,2 — 7,8.

Le travail du directeur de Glamorgan est basé sur une série de pourcentages empruntés aux statistiques des périodes quin-

quennales : 1888-1892, 1893-1897. Il lui permet d'établir irréfutablement les faits qui suivent :

Tandis que les deux sexes offrent, à un égal degré, une tendance plus marquée à contracter la folie, ils sont moins aptes l'un et l'autre à contracter la paralysie générale et cette immunité relative paraît appartenir surtout au sexe féminin.

Si l'on envisage la position sociale, on voit, dans la classe aisée, les deux sexes moins frappés par l'aliénation mentale; mais, tandis que les femmes sont moins sujettes à la paralysie générale, les hommes en sont plus souvent victimes. La classe pauvre, en général, fournit un plus grand nombre d'aliénés; mais la paralysie générale l'éprouve moins qu'autrefois.

En ce qui touche l'état civil, les hommes mariés participent les premiers à l'amélioration actuelle; après eux viennent les veufs, les hommes célibataires, les femmes mariées, les veuves, les femmes non mariées.

La décroissance de la paralysie générale a été manifeste de 1893 à 1897. Elle a continué de s'affirmer pendant l'année 1898, d'après le rapport des inspecteurs généraux, tout en demeurant peu marquée chez les femmes.

C'est chez les hommes du peuple que se produit surtout l'abaissement du chiffre, tandis que le mouvement progressif est plus accentué que jamais dans les maisons de santé pour hommes.

L'âge des malades donne lieu à quelques remarques. A la période de 45-54 ans correspond la diminution la plus sensible; après vient la période 35-44, qui était justement celle de plus grande production. Les premiers âges de la vie offrent, au contraire, une augmentation (paralysie juvénile). De 15 à 34 ans la décroissance est inférieure à la moyenne de tous les âges réunis.

Le phénomène démographique affecte diversement les régions de la Grande-Bretagne. La maladie offre même une augmentation dans 15 provinces sur 29. Ce sont les pays industriels et, en première ligne, les localités minières. Les 24 provinces favorisées de la décroissance sont des provinces rurales. Parmi les villes, 5 voient augmenter la paralysie, entre autres Cardiff, Newcastle; 8 constatent une diminution parfois considérable, et l'auteur cite Hull, Liverpool, Bristol, Birmingham.

L'influence des trois causes, alcoolisme, excès sexuels, syphilis, pendant les deux périodes quinquennales est indiquée

dans un curieux tableau, dont la lecture suggère quelques réflexions instructives.

L'intempérance comme élément étiologique est en progrès chez tous les aliénés ordinaires des deux sexes, pauvres et riches, mais le contraire s'observe pour les paralyvés généraux. La même remarque s'applique aux excès génésiques.

Pour l'affection vénérienne, il est à noter que cette cause est plus fréquente à la fois chez les aliénés et les paralytiques ; mais l'augmentation est plus grande chez ces derniers, hommes et femmes. Comme facteur de paralysie générale, la syphilis agit sur le système nerveux en le rendant plus apte à contracter des affections organiques ; c'est une cause prédisposante. A première vue, on peut s'étonner de voir décroître la paralysie générale, tandis que les ravages de la syphilis s'étendent constamment.

Ce résultat s'explique par l'abondance plus grande des cas où la syphilis est démontrée sans que la paralysie générale s'ensuive.

Des hommes jeunes, appartenant à la population ouvrière, deviennent aliénés sans que leur trouble mental prenne, comme autrefois, la forme du terrible mal. Ce fait, bien prouvé par les chiffres, paraît imputable au changement apporté dans les conditions de la vie chez l'homme du peuple. Il ne se voit pas chez les hommes de la classe aisée, en effet, et ne s'observe que chez les individus peu favorisés de la fortune. Il faut en trouver la cause dans un changement profond apporté dans les mœurs et les habitudes de l'ouvrier. M. Stewart hésite à regarder la seule syphilis comme une cause plus fréquente de la paralysie générale. D'autre part, les excès sexuels et l'alcool ont ralenti leur action meurtrière. A la place de la vie d'autrefois, s'est développé chez les jeunes gens un besoin d'honnête activité et ils ont trouvé une heureuse compensation à leurs plaisirs dans la pratique des sports modernes. Les divertissements sains et de bon aloi ont transformé radicalement les mœurs des travailleurs des villes et c'est là le motif vrai de la production moins fréquente de la paralysie générale.

L'Angleterre et le pays de Galles sont seuls à profiter de l'heureux progrès. L'Irlande, l'Ecosse et tout le continent enregistrent chaque année des chiffres menaçants pour l'avenir des populations.

IV. — *Législation pour les buveurs en Angleterre, avec référence spéciale à la loi de 1898* ; par le Dr W. Cotton (numéro de janvier). — Exposé compendieux, mais précis, des dispositions légales édictées pour les buveurs.

Cette législation extraordinaire, d'exception, pourrait-on dire, qui prive de leur liberté, dans leur propre intérêt, une grosse collectivité de citoyens de la libre Angleterre, a mis vingt ans à se compléter.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'examen de chaque article de loi. Les lecteurs des *Annales* ont eu sous les yeux l'analyse d'un travail récent, où ces détails sont consignés tout au long. Mais nous emprunterons à ce chapitre quelques renseignements sur le fonctionnement de la nouvelle assistance.

Aujourd'hui, les alcooliques hospitalisés se divisent en cinq groupes :

1° Les malades pensionnaires traités volontairement chez les particuliers, en vertu d'un contrat privé. Ils ne sont soumis à aucune loi ;

2° Les buveurs d'habitude admis dans une Retraite légalement autorisée (*Retreat licensed under the act*), après une demande régulière dûment visée par un juge de paix. Ils relèvent de la loi de 1888 et de celle de 1898 ;

3° Les individus coupables de mauvais traitements sur un enfant. Ils sont placés, sur leur consentement, dans les mêmes maisons autorisées, en vertu de la loi de 1894 qui a trait aux sévices contre les enfants ;

4° Ceux qui ont commis un délit punissable de la prison ou de la servitude pénale (loi de 1898) ;

5° Ceux qui ont encouru quatre condamnations pour ivrognerie, trois de ces condamnations ayant été subies dans l'année qui a précédé la date de la dernière (loi de 1899).

Ces deux dernières catégories doivent être envoyées dans les maisons de réforme du gouvernement ou dans les établissements publics pourvus d'une licence officielle (*certified inebriate reformatory*).

L'assistance a fait jusqu'ici peu de progrès. Le tableau qui suit, emprunté aux rapports annuels des Inspecteurs des retraites, montre le développement qu'elles ont pris de 1882 à 1899.

PÉRIODES	MOYENNES ANNUELLES		
	des	des	des
quinquennales.	retraites.	autorisations accordées.	admissions.
1882-1888. . .	5	73	65
1888-1894. . .	6	103	111
1894-1899. . .	11	177	161

Le 6 août 1901, on compte 17 retraites contenant 305 pensionnaires, 181 hommes et 174 femmes. Les établissements publics affectés au traitement des buveurs délinquants sont en petit nombre. Provisoirement, le projet de création d'un asile d'Etat vient d'être abandonné en Angleterre.

L'Ecosse et l'Irlande séquestrent leurs alcooliques délinquants dans des quartiers de prison, à Perth et Ennis. Quant aux maisons de réforme certifiées ou pourvues d'une licence, ce sont des geôles adoucies. Il en existait, au 6 août 1900, cinq aménagées pour 232 pensionnaires, 202 femmes et 30 hommes. Dans ce nombre n'est pas compris un établissement affecté à la réception temporaire de 25 femmes, pour un temps qui ne doit pas excéder vingt-huit jours.

L'Ecosse et l'Irlande n'ont fait encore aucune tentative pour la création d'établissements affectés spécialement aux alcooliques.

V. — *Désordres mentaux dépendant de la toxémie*; par Sir Dyce Duckworth (numéro d'avril). — Sous ce titre paraît un fragment du discours prononcé par notre éminent confrère à la séance générale de la Société médico-psychologique. Il constate l'importance toujours croissante attribuée au rôle de la toxémie dans la genèse des troubles vésaniques, qu'ils proviennent d'une auto-intoxication ou de l'introduction de microbes extérieurs, qu'ils se manifestent après l'imprégnation des poisons organiques, qu'ils soient le fruit de l'alcoolisme, du chloralisme, du cocaïnisme, etc. Il pense que l'action toxique est singulièrement facilitée par la prédisposition héréditaire.

Les auto-toxines agissent sur le cerveau en troublant le métabolisme cellulaire; leurs effets sont aussi certains que si le poison était ingéré par la bouche ou injecté sous la peau. Les folies brightique et diabétique, la pneumonie, la folie puerpérale sont les auto-intoxications les mieux connues. La lactation opère indirectement en diminuant la nutrition et le désordre mental se produit si le cerveau est originellement instable. La folie post-opératoire est consécutive à une auto-infection combinée avec le choc nerveux.

La goutte, l'entérite, le typhus, le rhumatisme, la chorée, l'érysipèle, le choléra, l'influenza, la diphtérie, la scarlatine ont aussi leur retentissement sur l'organe cérébral; elles revêtent des formes vésaniques spéciales chez les individus prédisposés. La folie qui suit l'influenza a des caractères bien définis. Cette dernière infection peut engendrer, d'ailleurs, toutes les formes

de vésanie. D'après le D^r Turner, toutes les variétés de manie aiguë sont d'origine toxique. Cette vue est confirmée par les résultats de l'autopsie dans les cas mortels. Elle met en évidence une dégénérescence graisseuse du foie. La folie myxœdémateuse résulte d'un métabolisme vicié, causé par l'insuffisance thyroïdienne.

La paralysie générale est classée aujourd'hui parmi les auto-intoxications. La syphilis, sa cause principale, ne fournit pas la toxine, mais elle crée des changements dégénératifs qui compromettent le métabolisme des tissus. La paralysie générale juvénile compte 80 fois sur 100 la syphilis congénitale parmi ses facteurs étiologiques; elle résulte de l'altération du plasma germinatif chez les parents (D^r Mott).

L'alcool, les excès divers, l'imprégnation saturnine sont au même titre des causes de paralysie générale. La jaunisse, avec le trouble mental qui l'accompagne quelquefois, est une auto-intoxication.

Parmi les toxémies provenant d'une source extérieure, le saturnisme figure au premier rang. En dégageant les accidents qui s'y rattachent des influences complexes telles que la syphilis, l'alcoolisme, la goutte, on peut concevoir que la saturation plombique, si fatale au système nerveux, soit imputable à l'action toxique d'un savon à base de plomb, ou d'un sel-urate de plomb insoluble formés dans l'organisme. Ces corps entravent la fonction du plasma cellulaire, altèrent la nutrition et donnent lieu à la transformation scléreuse du neurone qui est, à son tour, le siège de la formation de toxines nouvelles. L'empoisonnement saturnin, même léger, peut engendrer la manie, la mélancolie, la démence épileptique, la stupeur, le coma.

L'orateur n'est pas affirmatif touchant l'aptitude du plomb à produire seul la paralysie générale.

L'alcool est encore plus meurtrier que le plomb. C'est un terrible destructeur des tissus nerveux et vasculaire et l'on connaît son action nocive sur les cellules cérébrales et les neurones. Sir Duckworth énumère ensuite divers agents connus de toxémie cérébrale : la morphine, le chloral, la paraldéhyde, l'éther, la cocaïne, etc. Il s'élève contre le vice de notre civilisation, qui a mis à la mode l'usage de ces produits dangereux, et reproche aux médecins de les mettre trop facilement à la portée du public. Il voudrait une loi sévère pour en restreindre la vente.

Il esquisse à grands traits, en terminant, le processus de la toxémie. Les divers poisons agissent spécifiquement sur l'éco-

nomie et manifestent leur affinité élective pour les systèmes particuliers du neuraxe. Les affections cérébrales ne sont pas le fruit d'une seule intoxication, mais procèdent en réalité d'une infection mixte. Le fait morbide est le résultat de phénomènes successifs qui sont : empoisonnement primitif de la cellule, altération de la nutrition et du métabolisme, formation de toxines nouvelles dans l'organisme (choline et neurine), déchéance du système des neurones, sclérose consécutive de l'élément vasculaire.

VI. — *Epilepsie et crime*; par le D^r John Baker (numéro d'avril). — Des documents statistiques contenus dans ce mémoire, il appert que depuis l'ouverture de Broadmoor, en 1863, jusqu'au mois d'octobre 1900, il a été admis à l'asile criminel 2.435 individus, 1.860 hommes et 575 femmes. Sur ce nombre, 139 hommes et 26 femmes, en tout 165, sont portés comme épileptiques, soit une proportion de 7,5 et 4,5 p. 100 de la population masculine et féminine. Les deux faits qui ressortent des chiffres présentés par M. Baker sont une disproportion énorme entre les deux sexes et, relativement à la nature des crimes, la prédominance des actes violents contre les personnes sur les atteintes à la propriété.

Clouston, Sommer, Lombroso, Marrs, Brayn affirment la fréquence moindre du mal caduc chez les femmes. D'autre part, le rapport des épileptiques délinquants aux individus affectés de mal caduc dépasse de beaucoup celui des femmes épileptiques condamnées aux femmes épileptiques en général. Le nombre des hommes qui commettent des crimes en état de folie est relativement bien supérieur à celui des criminelles aliénées.

Ce fait peut s'expliquer par l'activité psychique plus grande de l'homme et par la tendance qu'a le trouble mental chez la femme à prendre la forme expansive, qui est moins dangereuse et aboutit moins facilement aux infractions à la loi. Tonnini constate encore l'aptitude plus grande de la névrose chez celle-ci à verser dans les formes démentielles. Parmi les épileptiques femmes de Broadmoor, plus de la moitié offre ce caractère de débiles sans violences. On a noté toutefois chez la femme, plus fréquemment que chez l'homme, la préméditation de l'acte criminel. Elles ont rarement l'impulsion soudaine, spontanée, qui est particulière aux hommes.

A Broadmoor, les crimes se répartissent pour leur nature de la manière suivante en pourcentage :

	Hommes.	Femmes.
Attaques contre la personne . . .	69	81
— — propriété. . . .	31	19

Le meurtre et la tentative de meurtre dominant dans le premier groupe, le vol et l'incendie dans le second. Celui-ci est représenté par un chiffre beaucoup plus fort chez les hommes, et cette différence s'explique par les admissions toujours plus fréquentes des condamnés. Dans les juridictions sommaires, la folie est rarement recherchée, lorsqu'il s'agit d'une légère offense; aussi l'asile criminel reçoit rarement les délinquantes qui sont dirigées sur les prisons.

Par contre, il admet surtout les auteurs de grands crimes. L'impression générale est que l'épilepsie amène plus souvent les meurtriers devant la justice que les autres maladies suivies de trouble mental. Clouston pense qu'aucune autre forme de folie, hors des asiles, n'aboutit plus fréquemment au meurtre, si ce n'est, peut-être, la folie alcoolique. Blanche insiste sur cette tendance homicide liée à l'alcoolisme et à l'épilepsie; la folie délusionnelle ne vient qu'après. Les formes diverses de l'épilepsie disposent plus ou moins à l'homicide; la plus dangereuse est marquée par des attaques motrices faibles ou incomplètes, compliquées d'un état de déséquilibre mental avec folie plus ou moins intense.

C'est dans ce désordre vésanique que se produit l'acte, résultat fréquent d'hallucinations et de conceptions délirantes. Cette mentalité anormale se manifeste : 1° avant les attaques; 2° après les attaques; 3° dans leur intervalle; 4° en remplacement des crises qui ont disparu.

Dans une étude clinique qui s'appuie sur des observations nombreuses, l'auteur examine les diverses conditions dans lesquelles se produit l'homicide épileptique.

1° Avant l'attaque, le désordre mental se manifeste par des perversions sensorielles, des terreurs non motivées, des illusions, des hallucinations; il offre parfois la violence maniaque. On a mentionné encore la crainte d'une catastrophe inexplicable, d'une mort imminente, et alors il se complique et d'illusions et d'hallucinations terrifiantes. Chez quelques malades, les idées de soupçon et de persécution dominent le délire pré-épileptique. Enfin, la manie furieuse apparaît quelquefois avec des hallucinations pénibles, précédant la crise convulsive. L'aura s'observe rarement.

2° Le trouble mental post-épileptique présente des variations pour l'heure de son invasion, aussi bien que pour son degré de gravité, depuis la simple irritabilité, les anomalies de conduite, jusqu'au soupçon délirant, suivi d'impulsion homicide et suicide. Cette dernière forme, on l'a déjà vu, caractérise souvent l'état qui précède l'attaque et, remarque importante, le délire peut demeurer latent pendant la crise pour reparaître ensuite, aggravé par l'excitation, et aboutir à des actes dangereux qui échappent au contrôle du malade. Accompli dans ces conditions, le meurtre paraît imputable à des griefs antérieurs et sainement motivé. Il est en réalité le fait d'une intelligence troublée, en désarroi, impuissante à réprimer des incitations auparavant inoffensives et devenues éminemment dangereuses sous l'influence de l'*ictus* morbide.

Au moment de la perpétration de l'acte homicide, il peut y avoir conservation de la conscience et même de la mémoire, bien que le souvenir de l'acte soit perdu dans la suite. L'amnésie n'implique pas l'inconscience. Cette conservation s'observe dans les cas où il existe un délire pré-épileptique dont l'intensité grandit après la crise comitiale. La conscience et la mémoire ne sont donc pas incompatibles avec la fureur post-épileptique.

Il est cependant des états où l'acte criminel est complètement inconscient ; ils sont alors nécessairement amnésiques. Le sommeil peut suivre ou ne pas suivre l'attaque ; elle est parfois accompagnée d'automatisme, d'après Savage, qui voit dans ces phénomènes une épilepsie larvée. Une femme tient son enfant dans ses bras. Elle coupe du pain lorsqu'elle est prise d'une légère attaque. Aussitôt après, croyant reprendre son occupation, elle inflige une blessure grave à son enfant en lui sectionnant le poignet.

Un autre malade, épileptique et alcoolique, va demander à l'abattoir qu'on lui saigne un cochon. De retour chez lui, il appelle sa petite fille et perd la conscience... En reprenant connaissance, après quelques minutes, il regarde autour de lui et voit l'enfant morte, la gorge ouverte.

Dans ces cas aussi curieux que terribles, on voit une idée antérieure à l'attaque banale, non délirante, se transformer sous l'action de la crise et donner lieu à une impulsion dangereuse.

Point n'est besoin d'insister sur l'importance de ces faits en médecine légale. Si le soupçon et la malice occupent la phase

pré-épileptique, le résultat sera considéré comme un acte criminel motivé. En leur absence, l'inconscience et l'amnésie seront de préférence admises par le juge avec l'irresponsabilité qui s'y attache.

Ces actes automatiques sont généralement simples, d'une exécution aisée. Le meurtrier fait usage d'une arme à sa portée. Toutefois les motifs du meurtre peuvent être évidents, il s'est accompli dans des conditions qui indiquent un but, des précautions prises. Alors, si l'accès convulsif manque, la nature morbide de l'acte criminel ne peut être démontrée que par l'amnésie, et l'amnésie n'est pas toujours facile à mettre en évidence.

3° Les troubles psychiques qui se manifestent en dehors des attaques sont ordinairement des accès paroxystiques de violence maniaque. Ils sont reconnaissables à leur explosion soudaine et offrent d'ailleurs la même physionomie que les accès qui se montrent à d'autres époques.

4° Les phénomènes vésaniques qui se produisent en remplacement des attaques, lorsqu'elles ont définitivement disparu, ont l'aspect de la folie chronique. Quatre ou cinq malades observés par Clouston étaient à l'âge climatérique. La condition mentale est celle d'un affaiblissement des facultés avec ou sans excitation récurrente ou encore un état maniaque chronique.

VII. — *Hallucinations unilatérales, leur fréquence relative, leurs associations, leur pathologie*; par le Dr Al. Robertson (numéro d'avril). — Un premier travail sur cette question a été lu en 1875 devant l'Association médicale anglaise. Dans ce nouveau mémoire, M. Robertson résume ses recherches antérieures en les complétant par quelques observations.

Il a pu réunir au total quinze cas bien définis d'hallucinations unilatérales. Chez tous les malades, l'ouïe était affectée et douze d'entre eux avaient l'hallucination du côté gauche. On ne relève dans ce recueil aucun cas d'hallucination visuelle unilatérale, mais deux malades voyaient plus nettement les objets imaginaires d'un côté que de l'autre. Aucun exemple bien manifeste d'hallucination unilatérale du goût et de l'odorat n'est mentionné par l'auteur.

Chez une femme non aliénée atteinte d'une lésion du nerf auditif, les bruits musicaux ont précédé les voix. Un alcoolique voyait ses hallucinations persister après sa guérison, alors qu'il avait conscience de leur nature mensongère.

Outre les quinze malades étudiés dans ce chapitre, un grand nombre d'autres ont été observés avec des hallucinations de

Pouïe doubles et prédominance d'un côté. Un malade entendait alternativement à droite et à gauche. Enfin l'alcoolisme semble jouer un rôle important dans la genèse de l'hallucination unilatérale.

M. Robertson cherche à rapprocher l'hallucination unilatérale de conditions similaires existant dans d'autres départements du système nerveux. Il cite le curieux exemple d'un alcoolique, halluciné de l'oreille droite, qui avait subi treize ans auparavant l'amputation de la jambe droite. Cet homme ressentait dans son moignon des douleurs fulgurantes qui s'étendaient vers le haut du corps et croyait son moignon habité par la Vierge, des anges, des hommes et parfois des diables. Ces êtres se nommaient en pénétrant dans son corps et sortaient habituellement par la gorge; ils s'échappaient quelquefois par le moignon même, qui paraissait d'ailleurs absolument sain. Ce trouble sensoriel, associé avec l'hallucination auditive, était le plus souvent diurne. Il y avait chez ce malade une influence évidente exercée par les nerfs du membre mutilé sur la nature de l'hallucination.

Dans le département des sensations, la fonction peut être troublée et même abolie d'un seul côté. Si le phénomène est de cause organique, il a son origine dans une lésion de la partie postérieure de la capsule interne. Mais les cas les plus nets relèvent de l'hystérie, où l'unilatéralité est la règle et fournit les meilleurs analogues de l'hallucination unilatérale. Dans ce grand territoire des anomalies sensorielles, on découvre, comme dans le domaine des appareils spéciaux, des irradiations morbides d'un nerf vers un autre et aussi d'un nerf vers son homologue du côté opposé du corps.

Le système moteur se prête aux mêmes remarques. Il est le siège de trois activités morbides distinctes, convulsions, chorée, paralysie, qui revêtent aussi le plus souvent la forme unilatérale.

Le système vaso-moteur jouit des mêmes propriétés.

L'altération de calibre des vaisseaux sanguins est adéquate aux lésions fonctionnelles affectant les sphères motrice et sensitive, dont elle est peut-être la cause initiale. On ne sera pas surpris que les troubles dont il est le siège soient unilatéraux.

Il y a donc une parenté manifeste entre les désordres somatiques qui atteignent les trois grands départements du système nerveux et les phénomènes psycho-sensoriels qui font l'objet de cette étude.

Un dernier paragraphe est consacré à la pathologie.

L'hallucination est-elle d'origine périphérique ou centrale? La question ne saurait se résoudre catégoriquement. La première hypothèse n'est pas admissible, étant donné que les hallucinations bilatérales procèdent quelquefois d'une lésion de l'extrémité du nerf. La possibilité de l'extension d'un état morbide de la périphérie vers les ganglions supérieurs du cerveau est démontrée pour la paralysie générale. Cette affection débute souvent par une altération primitive de la moelle.

Toutefois, M. Robertson penche vers l'évolution opposée; il voudrait localiser l'hallucination dans le *sensorium* même ou dans les centres de perception des ganglions hémisphériques.

L'excitation du centre visuel, par exemple, sous une influence pathologique serait capable de produire des images extérieures qui, en réalité, n'existent pas. De même une impression saine venant du dehors, agissant sur un centre ainsi affecté, y subira une transformation au moins aussi grande que si l'excitation était partie de l'organe sensoriel ou d'un point situé entre l'organe et le centre lui-même.

Les données nouvelles que nous fournit la doctrine des neurones suggèrent d'ailleurs une interprétation plus large de l'hallucination à laquelle on peut prêter désormais une double origine. La loi de Waller sur la dégénération nerveuse a cessé d'être rigoureusement vraie; les expériences de Gudden ont prouvé qu'une lésion des neurones en un point quelconque s'irradiait dans les deux sens, dans l'extrémité périphérique et dans le centre.

Ne peut-on admettre dans un cas de folie avec hallucinations, qu'il existe une lésion plus ou moins profonde des centres corticaux et que les fibres associées sont altérées dans toute leur longueur? Alors le centre cérébral et l'organe de sensibilité spéciale participent simultanément à l'éclosion du phénomène hallucinatoire, bilatéral ou limité à un seul côté.

L'unilatéralité résulterait d'une constitution anormale du cerveau dont un côté serait affaibli congénitalement ou par un état morbide antérieur. — Ce côté serait plus apte à être affecté par une toxine, par l'*alcool*, par exemple, dont l'action nocive est prépondérante dans l'espèce. La dégénérescence, qui modifie la vitalité des éléments, leur communique une instabilité qui les expose davantage aux atteintes d'un poison autogène ou exogène. Dans un organe double comme le cerveau, une légère différence dans la constitution de deux parties correspondantes des hémisphères, peut créer une apti-

tude plus grande pour un côté, à subir les effets de la toxine, et dès lors, l'hallucination unilatérale est produite.

VIII. — *Etat présent de la science mentale*; par le Dr Bernard Hollander (numéro d'avril). — Ce travail est le premier d'une série d'études sur la localisation des fonctions mentales. Il se termine par les conclusions suivantes :

1° Le volume total du cerveau ne donne pas seulement la mesure du pouvoir intellectuel, mais encore du développement de l'intelligence, des sentiments et des penchants réunis.

2° Les zones sensorielles ne sont pas des zones de perception intellectuelle et de réflexion; les lobes occipitaux sont étrangers à l'activité mentale supérieure.

3° Les centres moteurs et sensitifs ne suffisent pas à expliquer les diversités du caractère humain et les variétés de trouble mental; ils sont les *substrata* des centres mentaux et par suite des centres psycho-moteurs et psycho-sensoriels.

4° Les lobes frontaux seuls indiquent l'intelligence d'une personne et la masse doit être calculée par tous les moyens de mensuration usités pour la détermination du volume d'un corps; la tête d'une personne sage peut être petite, pourvu que les lobes frontaux aient une prépondérance relative.

5° La mémoire n'est pas une faculté simple, mais il existe dans le cerveau des centres distincts pour les mémoires diverses : nombre, temps, lieu, ton musical, etc., sans compter la mémoire des mots dont le siège nous est connu.

6° Il doit y avoir aussi, dans l'écorce, des centres pour les émotions et les penchants fondamentaux, séparés des centres purement intellectuels.

7° Les facultés intellectuelles contrôlent et élèvent les sentiments et les penchants; dès lors les lobes antérieurs sont des centres d'inhibition pour le reste de l'encéphale.

IX. — *La folie post-influenzale dans l'asile de Cumberland et du Westmoreland, avec une statistique de 68 cas*; par le Dr Georges Borie (numéro d'avril). — Cette statistique comprend dix années, de 1890 à 1899.

Chez les 68 malades, l'influenza est la cause prédisposante ou déterminante de la folie, ou une histoire d'influenza précède à distance l'invasion des troubles mentaux. Les deux sexes sont représentés par un chiffre égal.

L'âge moyen des admis est, pour les hommes, 43,8 ans, le plus jeune ayant 19 ans, le plus âgé 71 ans.

L'intervalle de 21 à 30 ans correspond aux admissions les

plus nombreuses. L'âge moyen des femmes admises est 49,5 ans, les âges variant de 19 à 89 ans, la plupart des femmes avaient de 41 à 50 ans.

L'état des forces a été noté au moment de l'entrée : 6 hommes et 7 femmes étaient très affaiblis ; 15 hommes et 18 femmes étaient affaiblis ; 13 hommes et 9 femmes jouissaient d'une vigueur normale.

Le temps écoulé entre la terminaison de la fièvre et l'apparition de la folie a paru extrêmement variable. On a observé l'invasion immédiate et des intervalles de semaines, de mois, de plus d'un an.

En ce qui touche la prédisposition, la folie se montrait pour la première fois chez 29 hommes et 28 femmes ; la tare héréditaire existait chez 10 hommes et 12 femmes. Si l'on ajoute aux 10 premiers 4 récidivistes, 5 alcooliques, 3 débiles, il ne reste plus que 12 hommes apparemment indemnes de toute proclivité, et encore on relève parmi ces derniers trois sexagénaires (63 ans), et un paralytique général.

De même, aux 12 femmes reconnues héréditaires (dont 3 récidivistes), il faut ajouter 3 récidivistes sans hérédité, dont 1 alcoolique, 5 nerveuses et constater que sur les 14 qui restent, 4 ont dépassé 65 ans, pour arriver à cette conclusion qu'il y a presque toujours une autre cause prédisposante que l'influenza dans la pathogénie du désordre vésanique.

La manie aiguë, la manie simple et la mélancolie sont les formes mentales observées. Les tendances suicides donnent un cachet spécial à ces diverses variétés vésaniques.

La mélancolie est la plus commune, elle s'est produite 26 fois chez les hommes et 20 fois chez les femmes. Les autres affections mentales se répartissaient comme il suit dans les deux sexes : hommes, 3 manies aiguës, 4 manies simples, 1 paralysie générale ; femmes, 4 manies aiguës, 8 manies simples, 1 manie sénile, 1 démence sénile. Dix-sept hommes étaient portés au suicide (16 mélancoliques, 1 maniaque) ; 19 femmes avaient la même tendance (14 mélancoliques, 5 maniaques). En résumé les 68 aliénés répondaient aux diagnostics suivants :

Mélancolie.	46	} 68
Manie aiguë	7	
Manie simple.	12	
Paralysie générale.	1	
Manie sénile.	1	
Démence sénile.	1	

Parfois la mélancolie s'est présentée sous une forme simple, dépression, affaissement, nervosité ou compliquée de confusion mentale et d'affaiblissement de la mémoire, d'état cataleptoïde, surtout chez les femmes.

Plusieurs malades étaient sitiophobes. Le délire de persécution avec des idées d'empoisonnement existait chez 10 hommes et 11 femmes; 3 hommes et 5 femmes étaient hallucinés, principalement de l'ouïe, plus rarement de la vue et de la sensibilité générale. La mélancolie a offert rarement le type aigu, dans la majorité des cas, elle affectait la forme confuse et déprimée.

De même, la manie a montré souvent le type de la confusion mentale avec excitation et violence, marquée par des hallucinations et des conceptions délirantes.

La manie aiguë a fait toujours son apparition chez les hommes longtemps après l'attaque d'influenza. Mais chez 2 femmes, l'agitation a suivi de près la cessation de la fièvre. Au moment de leur admission, les malades étaient très désordonnées, violentes et réfractaires; un grand nombre d'aliénés avaient des conceptions sans fixité. L'un d'eux refusait la nourriture; 2 femmes et 1 homme montraient des tendances suicides. Une femme entrée dans un état maniaque avait passé d'abord par une phase de mélancolie.

Le *British medical Journal* a publié une observation de délire aigu consécutif à une attaque d'influenza.

Du côté des hommes, figure un cas de paralysie générale. Le malade âgé de 42 ans, vigoureux, mais héréditaire, atteint de syphilis bien avérée, a été frappé par la terrible maladie après l'influenza, qui a paru provoquer son éclosion ou rendre l'organisme plus apte à la contracter. Le diagnostic a été vérifié par l'autopsie. La paralysie générale a offert des allures graves dès le début, a évolué rapidement et s'est terminée, sept mois après l'admission, par une attaque congestive.

Une malade de M. Rorie, qui a guéri après onze mois de séjour, avait eu une attaque d'épilepsie et le Dr Savage a constaté que les crises épileptiques pouvaient être le fruit de l'influenza.

Le pronostic de la folie post-influenzale est favorable, surtout pour les mélancoliques. Le groupe des hommes compte 16 guéris, 3 améliorés, 3 en voie de guérison, 1 dément consécutif, 3 morts (phtisie, mal de Bright, épuisement nerveux).

Les maniaques aigus, hommes, ont tous guéri après cinq

mois environ. Les maniaques simples ont été moins heureux, on y relève 1 guérison, 1 amélioration et 2 décès (marasme sénile et affection cardiaque).

Les femmes offrent une proportion encore plus grande de mélancoliques guéries, 16 sur 20, puis on trouve 1 résultat nul et 3 morts (1 marasme sénile et 2 phtisies); 3 manies aiguës sur 4 ont eu une issue favorable. Comme pour les hommes, les résultats sont moins bons dans la manie simple. Sur 8 femmes, on compte 2 guéries, 4 sans changement et 2 décédées (phtisie).

La durée du séjour des aliénés guéris a été en moyenne de cinq mois, mais elle varie entre un mois et plus d'un an. Notre confrère remarque en terminant, combien est fréquente, chez les aliénés, la confusion mentale et la stupeur évidemment suggestives d'un processus d'auto-intoxication. La folie post-influenzale serait, d'après lui, le résultat de l'action d'une toxine sur le système nerveux préalablement affaibli par la fièvre.

X. — *Cas de meurtre, résultant d'une pure impulsion homicide*; par le Dr Wigglesworth (notes cliniques d'avril). — Il est d'usage, dans les asiles anglais comme dans ceux de notre pays, d'utiliser le travail des aliénés dans les maisons des fonctionnaires. Cette pratique n'est pas exempte de dangers, notre distingué confrère en a fait la cruelle expérience.

Une malade tranquille, laborieuse, qui n'inspirait aucune crainte, était employée dans son habitation depuis peu de temps. Elle y a mis à mort, avec une férocité inouïe, une autre aliénée qui travaillait avec elle. Si on l'avait mieux connue, elle n'eût certes pas quitté les quartiers de l'asile. Ce n'est que plus tard, après le drame, qu'on a été renseigné sur son histoire. La voici résumée brièvement :

Issue d'un mariage consanguin, elle est affligée d'une hérédité double. Une attaque de croup à trois ans, une brûlure grave à sept ans, un coup sur la tête à sa neuvième année, ayant déterminé deux attaques de nature indécise, plus tard une cataracte de l'œil droit et enfin de fréquentes névralgies, tels sont ses antécédents pathologiques. Dans sa jeunesse, elle était d'un caractère tranquille et réservé, aimant la lecture et portée à la dévotion. Sa conduite était régulière.

Elle avait quitté sa famille depuis cinq ans pour venir à Londres. Dès lors, ses habitudes avaient changé et elle s'était mise à boire. Elle devint successivement la pensionnaire de plusieurs asiles et d'un *home* où elle fit de nombreux séjours.

Chose singulière, c'est seulement dans cette maison, où elle était entrée après une tentative de suicide, que ses propensions dangereuses se sont nettement affirmées. Elle y dérobe des spiritueux, du laudanum, se jette dans une citerne. Elle menace les autres pensionnaires, elle s'enferme avec une jeune fille pour la battre. Enfin, la supérieure de l'établissement, lassée de ses écarts, effrayée de ses tendances, la fait expulser par la police qui la place à Bethnal house.

Dans les asiles et les workhouses cette femme n'a jamais attiré l'attention par ses actes violents. A Lancastre, où elle fut d'abord internée, on la regardait comme une hystérique désordonnée. Elle y est restée deux mois et en est sortie guérie. A Bethnal, bien que le certificat d'admission en eût fait une malade portée à des rages non motivées et au suicide, elle n'a présenté à l'observation qu'une simple dépression mélancolique, avec obtusion des sentiments. Après guérison, on l'avait gardée au service de l'asile pendant trois mois, après lesquels elle avait trouvé à s'occuper dans les écoles comme servante.

L'asile de Claybury l'a comptée ensuite, à deux reprises, parmi ses pensionnaires. Là encore, l'observation a été négative touchant les impulsions dangereuses et elle s'est présentée comme une mélancolique tranquille.

Avant son admission à Rainhill, où s'est accompli le drame, la malade avait habité Liverpool pendant quelques mois; elle y avait été arrêtée et emprisonnée à la suite de violences. Transférée ensuite dans un workhouse, elle y avait montré des symptômes de mélancolie avec craintes de poison et idées de suicide. Ce dernier fait n'avait pas été révélé à notre confrère au moment de l'entrée dans le service. En somme, cette malade que son passé devait recommander à la vigilance des gardiens, s'il avait été connu, n'a jamais été notée comme dangereuse dans les asiles, où aucun acte susceptible de donner l'éveil n'a été commis par elle. Il semble que son redoutable délire avait besoin, pour se manifester, de certaines conditions d'isolement et que le milieu et la surveillance de l'asile avaient pu la protéger contre ses écarts.

A Rainhill, le meurtre s'est accompli dans les circonstances suivantes : G... était à l'asile depuis cinq mois. Au début, c'était une mélancolique sombre et taciturne, avec un vague délire d'empoisonnement. En quelques semaines, la dépression mentale avait disparu. G... était considérée comme une convalescente et s'employait à la propreté des salles. Elle travaillait

depuis deux jours chez le médecin, à côté d'une autre aliénée qui devait être sa victime. L'attaque a été soudaine. G... se précipite sur sa compagne et la frappe par derrière avec un couteau de table. On accourt et on la trouve serrant le cou de la malheureuse femme, sans dire un mot, avec un acharnement terrible.

Elle n'a fait connaître, à ce moment, aucune conception délirante. Elle s'était montrée excitée dans la matinée, mais raisonnait bien. Dans la suite, elle a donné quelques explications sur son trouble mental. Elle se sentait désespérée, sous l'influence d'un désir incontrôlable de tuer quelqu'un; quoi qu'il arrivât, elle devait « couper » une victime. Elle dit encore que depuis une quinzaine, elle cherchait l'occasion de se satisfaire et la présence de témoins l'avait gênée. C'est ainsi qu'une de ses compagnes avait été sauvée par l'arrivée d'une infirmière.

G..., au moment du meurtre, connaissait parfaitement la nature et la qualité de l'acte criminel; elle n'ignorait pas qu'il était coupable. Elle avait agi sous le coup d'une de ces impulsions que la loi anglaise ne reconnaît pas comme entraînant l'irresponsabilité. Et cependant, bien que le *criterium* légal ne lui fût pas applicable, elle a été acquittée et internée à Broadmoor.

XI. — *Folie gemellaire; jumelles souffrant d'une mélancolie aiguë*; par le Dr Arthur Wilcox (notes cliniques d'avril). — Les deux femmes, célibataires, couturières de leur état, sont âgées de quarante-sept ans. Elles ont eu un frère phthisique; à part ce détail, leur histoire n'offre rien de notable au point de vue vésanique et pathologique. L'aînée, la plus intelligente, a seule dépassé la ménopause.

Leur existence a toujours été tranquille, régulière et laborieuse. Elles ne se sont jamais séparées.

La mort de leur père paraît avoir été la cause du trouble mental.

La ressemblance des deux sœurs est frappante. Leurs manières, l'expression de leurs traits, le son de leur voix sont les mêmes; l'une et l'autre porte à la face une éruption d'acné et l'on aurait quelque peine à les distinguer si l'aînée n'avait un petit signe noir au milieu du visage.

Elles ont perdu la raison au même moment. Quelques jours avant leur entrée, elles avaient tenté toutes les deux de s'ôter la vie, l'une en se noyant, l'autre en se coupant la gorge.

A l'asile, elles sont agitées et émotives; leur langage et leurs

allures se ressemblent curieusement. Chacune est indigne de vivre, se reproche d'avoir causé la folie de sa sœur en l'irritant (?) et mérite d'en être séparée. Elles s'excitent réciproquement en se répétant la même chose. Leur conversation et leur conduite sont obscènes et érotiques. On les a d'abord séparées la nuit et elles continuent à présenter pendant le jour une identité complète dans leurs manifestations délirantes et émotives. Si l'aînée s'emporte et se montre violente, la cadette l'imité aussitôt. Enfin, elles ont été placées dans des quartiers différents.

La suite de l'observation fait voir un certain rapprochement à distance, entre les deux délires.

Un jour, elles se plaignent en même temps d'être souffrantes, en se désignant au pluriel. Toutes les deux s'inquiètent au sujet de leur mère. A la faveur d'une période calme, elles sont réunies dans les salles de travail et peuvent demeurer ensemble sans trop d'inconvénient. L'aînée s'intéresse à sa sœur qui a fait moins de progrès et se plaint qu'elle n'est pas assez bien soignée. Mais, après un mois, l'aînée qui semblait s'améliorer, est agitée de nouveau par des craintes délirantes et la cadette dont l'état mental était demeuré stationnaire, demande du poison pour mourir. Dans ces crises d'agitation les deux sœurs se servent d'une formule identique qu'elles répètent fréquemment. Elles se plaignent du bruit que font les autres malades. Elles sont parfois très déprimées et dominées par des idées funèbres. Tandis que l'aînée s'adonne à des pratiques vicieuses, sa sœur est moins indécente, mais elle se montre turbulente et indocile. Les deux jumelles marchent vers la chronicité.

XII. — *Paralysie générale et syphilis. Etude critique*; par le Dr Stoddart (numéro de juillet). — Ce travail est écrit en faveur de la spécificité de la paralysie générale. L'auteur apporte à l'appui de sa thèse des arguments tirés de l'anatomie pathologique, de l'expérimentation et de la clinique.

Les premiers se résument dans les lésions vasculaires constatées chez les paralysés généraux. Sur un groupe de 160 individus, l'athérome de l'aorte existait une fois sur trois. Les vaisseaux cérébraux étaient généralement affectés. Aucune maladie ne produit plus souvent que la syphilis la dégénération artérielle (Mott). Swenson a trouvé de l'aortite chronique chez 34 p. 100 de ses déments paralytiques; Malmsten, d'autre part, reconnaît l'existence de la syphilis chez 80 p. 100 de ses malades porteurs d'anévrysme aortique; Evgren, enfin,

découvre une histoire de syphilis chez un cinquième de ses cas d'artério-sclérose.

Les expériences d'un anonyme cité par Krafft-Ebing sont restées célèbres. Neuf paralysés généraux furent inoculés avec le virus d'un chancre dur. Tous ont été réfractaires et l'on a pensé qu'ils devaient avoir contracté la syphilis dans les premières années de leur vie. Mais cette immunité est attribuée par quelques-uns à une action bactéricide du sérum des paralytiques, qui s'exercerait spécialement sur le micro-organisme de la syphilis. Les effets de ce sérum ont été étudiés sur un autre microbe, le *staphylococcus pyogenes aureus*. Bien que ces expériences soient peu concluantes, elles sont en général favorables à l'augmentation du pouvoir bactéricide de sérum sanguin chez les paralysés généraux et la question demeure indécise.

La preuve clinique consiste dans la recherche de la syphilis chez les malades.

Leur examen physique fait d'abord constater chez eux la rareté de la syphilis tertiaire. Mott n'en affirme pas moins que la paralysie générale est plus apte à se produire chez un homme ayant eu l'affection vénérienne, alors même qu'il n'offre pas de manifestations tertiaires. Les cicatrices du pénis sont communes chez les paralytiques. Le *tabes*, qui est si fréquemment associé à la paralysie générale, est regardé comme une maladie para-syphilitique. Enfin, le signe d'Argyll-Robertson, qui est l'un des symptômes cardinaux de l'affection paralytique, est, d'après de nombreux savants, un symptôme de syphilis ancienne. Mais autrement sérieuse est la démonstration fournie par la statistique.

A vrai dire, les chiffres donnés par les nombreux observateurs (ils ne sont pas moins de 87), recueillis laborieusement par notre confrère, ne sont pas faits pour imposer la conviction. Depuis le pourcentage de Voisin 1.6 jusqu'à celui de Régis 94, les statistiques ont des variations décevantes. Mais, en dépit de ces résultats si disparates, M. Stoddart croit pouvoir formuler quelques remarques utiles à sa démonstration.

En premier lieu, les pourcentages les plus faibles sont ceux des auteurs les plus anciens, les plus élevés appartiennent aux derniers observateurs. En outre, il faut remarquer que, dans presque toutes les statistiques, les cas douteux sont éliminés. Un grand nombre de ces chiffres sont fournis par les grands asiles, où les renseignements sont malaisés à se procurer, où le

personnel médical n'apporte pas toujours à ses recherches tout le soin désirable. Dans les registres, la syphilis n'y est pas inscrite en vue d'une constatation spéciale, et les annotations manquent souvent de véracité. Il faut tenir compte aussi de la personnalité de l'observateur, plus ou moins disposé à reconnaître l'affection vénérienne.

Celui-ci n'admet la syphilis qu'en présence d'un chancre dur et d'une thérapeutique mercurielle. Celui-là veut la voir chez tout individu atteint d'une maladie vénérienne quelconque. Cette dernière opinion s'approche de la vérité. Il faut songer enfin à la possibilité de la syphilis héréditaire. Elle affecte de préférence les jeunes et les adolescents; mais pourquoi ne frapperait-elle que ces derniers? Un adulte est atteint de paralysie générale trente-deux ans après avoir eu la syphilis (Sérieux et Farnarier); il n'y a pas de raison pour refuser à la syphilis héréditaire l'aptitude à produire tardivement, à l'âge de trente-deux ans, un résultat semblable. Des individus jeunes ont la syphilis héréditaire; d'autres n'ont pas d'histoire de syphilis, n'ont aucun signe d'infection héréditaire et comptent dans leurs ascendants des paralysés généraux et des syphilitiques. Mongery prétend que l'on pourrait trouver dans l'histoire de tous les déments paralytiques (100 p. 100) la syphilis congénitale ou acquise.

L'influence des divers facteurs étiologiques généralement admis, alcoolisme, hérédité vésanique, traumatisme, excès sexuels, est indiquée dans un tableau synoptique, où l'on voit nettement que la syphilis est une cause prépondérante de paralysie générale.

L'hypothèse qui fait contracter la syphilis au début de la paralysie générale, par les malades adonnés aux excès sexuels est inadmissible.

Le sens génital est, en général, affaibli chez les paralysés généraux (Marandon de Montyel). D'autre part, ce n'est pas à une époque voisine du début de la paralysie que la syphilis a pris naissance, mais de longues années séparent le plus souvent la maladie cérébrale de l'infection (Hirschl, Kraepelin). La période moyenne d'incubation serait de quatorze à quinze ans (Sérieux et Farnarier). C'est donc bien le virus syphilitique qu'il faut incriminer. Quelques remarques instructives sur l'âge, le sexe, l'hérédité, les professions, la distribution géographique et ethnique viennent étayer l'argumentation de notre confrère.

La paralysie générale juvénile et des adolescents se développe

chez des individus nés avec la syphilis, ou ayant subi l'infection d'une nourrice peu de temps après la naissance. Celle des adultes se voit ordinairement chez des personnes ayant contracté la syphilis à un âge précoce de la vie adulte.

Les paralyvés généraux séniles ont été contaminés probablement à une époque plus avancée de la vie.

Les adolescents et juvéniles sont répartis à peu près également entre les deux sexes, exposés qu'ils sont, à un égal degré, aux atteintes de l'hérédité syphilitique. Il y a cependant une légère prédominance du côté des femmes.

Dans la classe pauvre, les adultes hommes sont frappés 4 fois plus souvent que les femmes, par la paralysie générale; elle fait, chez les riches, 15 fois plus de victimes du côté des hommes. Ces chiffres sont d'accord avec ceux de Fournier et Blascko. L'état social rend compte de cette différence. Parmi les femmes atteintes, la plupart sont mariées, le reste est surtout composé de prostituées. On ne connaît pas, selon Campbell, des cas de paralysie générale chez une vierge. Il faut remarquer, enfin, que les femmes éprouvées par l'affection paralytique sont souvent stériles.

L'hérédité vésanique est moins souvent démontrée chez les paralyvés généraux que chez les aliénés ordinaires. Tandis que chez ces derniers elle a été notée chez 30 à 90 p. 100 des cas, le pourcentage maximum chez les premiers n'est que de 58.7. L'hérédité de la paralysie générale a été observée 27 fois depuis vingt ans.

Enfin, Mendei a appelé l'attention sur la coexistence de l'affection paralytique et du tabes (20 cas). L'examen des professions n'est pas moins favorable à l'hypothèse de la spécificité.

L'armée apporte un fort contingent d'officiers à la statistique de la paralysie générale (90 p. 100 d'après Krafft-Ebing). D'autre part, cette affection est très rare chez les prêtres (Hirschl, Krafft-Ebing, Salaris, Beuchaud).

L'auteur puise enfin dans des considérations géographiques et ethnologiques une preuve nouvelle de l'origine syphilitique de la paralysie générale.

Les terres hautes d'Ecosse, les régions de l'Irlande éloignées des centres, les pays ruraux de Galles et du sud de l'Angleterre sont à peu près indemnes de la maladie, qui n'existe que dans les villes manufacturières du Midland et dans les grandes cités du Royaume-Uni. Elle n'est pas moins rare en Suède. Très commune dans l'Europe occidentale et dans l'Amérique du

Nord, elle est inconnue chez les peuples sauvages (Dr Macpherson).

L'Allemagne commence à être envahie dans ses éléments ruraux; faut-il accuser son organisation militaire de ce fait grave? En somme, la répartition géographique de la paralysie générale paraît correspondre à celle de la syphilis. En Irlande, où elle est peu observée, on ne la voit que dans les ports, infectés par l'élément exotique.

Il faut reconnaître, d'autre part, que la Chine et le Japon, où la syphilis est très répandue, ont un très petit nombre de paralysés généraux (2 p. 100 à l'asile de Tokio). Les Mahométans ne sont pas moins réfractaires; l'asile du Caire, sur 450 aliénés, ne compte que 12 individus atteints de paralysie générale. Ces chiffres semblent indiquer que la maladie vénérienne n'exerce pas seule une action décisive. L'observation des races suggère l'idée que la périencéphalite peut être en outre un produit de la civilisation. Les deux causes agiraient concurremment, la civilisation modifiant la nature de la syphilis et la rendant plus ou moins apte à donner naissance à la paralysie générale. M. Stoddart s'arrête, en terminant, à une vieille hypothèse qui fait naître la paralysie générale d'une intoxication mercurielle.

XIII. — *Localisation cérébrale de la mélancolie*; par le Dr Bernard Hollander (numéro de juillet). — Basé sur de nombreux faits, ce travail se termine par les conclusions suivantes :

A. — Un certain rapport existe entre l'aire centrale du lobe pariétal, c'est-à-dire les circonvolutions angulaire et *suprà* marginale et les états mélancoliques.

1° Cela est prouvé par plus de 50 cas de lésion de la tubérosité pariétale ou de son voisinage, assez grave pour affecter le cerveau ou ses membranes, la moitié de ces cas ayant guéri par une intervention chirurgicale.

2° Cela est encore prouvé par les symptômes mentaux qui compliquent l'évolution des tumeurs limitées à cette aire.

3° Et aussi par les effets d'une maladie inflammatoire ayant la même localisation.

4° Une autre preuve existe dans l'hémorragie idiopathique (donnant lieu à la formation de fausses membranes et de kystes) qui se produit sur la protubérance pariétale, sous l'influence d'une frayeur soudaine, d'un choc mental violent, de tout autre trouble émotif à forme dépressive ou des maladies mentales suscitées par une attaque de mélancolie.

5° Il est démontré que l'atrophie symétrique qu'on observe

fréquemment dans la protubérance pariétale a son origine dans un changement trophique lié à l'état mélancolique.

6° Une maladie du crâne affectant cette région du cerveau et le développement congénital anormal qui en résulte peuvent aussi donner naissance à la mélancolie.

B. — On admet que la mélancolie a pour base une condition morbide créée par l'émotion de la crainte. Cette émotion, tout en se propageant dans toutes les directions, a son point de départ dans une portion limitée du cerveau. Cette zone, lorsque la crainte se manifeste pathologiquement comme aux divers degrés de la mélancolie, doit être le siège d'une lésion. Or l'expérimentation et l'anatomie démontrent que :

1° L'expression physique de la crainte et des états qui s'y rapportent peut être provoquée chez les animaux par l'excitation de l'aire centrale pariétale ;

2° Que cette aire a des connexions étroites avec le sympathique et les vaso-moteurs, qui sont affectés dans la mélancolie.

XIV. — *Les Juifs aliénés. Lettre ouverte au D^r C.-F. Beadles* ; par le professeur M. Benedikt (numéro de juillet). — Le savant aliéniste de Vienne, qui est en situation d'observer autour de lui les Juifs d'Autriche, de Russie, de Roumanie et des Balkans, vient ajouter quelques remarques intéressantes à l'étude publiée l'an dernier par le D^r Beadles.

La folie des Juifs offre-t-elle des caractères particuliers ? Les Juifs d'aujourd'hui forment-ils une race pure ? Ils sont issus en réalité de trois souches originelles, la sémitique, l'arménienne, la teutonique. Ce dernier type ne mérite qu'une simple mention ; il est rare et se reconnaît à la courbe teutonique bien marquée de l'occipital.

Les Sémites sont principalement représentés par les Juifs égyptiens. Désignés sous le nom d'Espagnols, leurs aïeux ont fondé Tolède. Chassés deux mille ans plus tard par le fanatisme religieux, ils se sont répandus dans toute l'Europe et la plupart se sont fixés en Turquie et dans les Balkans. C'est le type le mieux conservé de la lignée, comme on peut le voir sur les vieux monuments d'Égypte, où il figure dans toute sa pureté. Au moyen âge, les Juifs espagnols ont puissamment contribué aux progrès de l'esprit humain. Cependant la race n'est pas pure ; elle s'est notablement altérée, à travers les siècles, par son mélange avec les nations contemporaines, tout en conservant dans certains de ses éléments des signes qui la font reconnaître.

La souche arménienne a son type le plus fidèle chez l'Afghan, qui est d'origine israélite. Le Perse et l'Arménien sont ses parents les plus proches. Il faut éliminer de ce groupe les Tartares, les Juifs du Caucase, les Juifs nègres du Malabar, les Juifs de l'Inde.

En résumé, il n'y a pas de race juive; tout au plus comprendrait-on une nation juive et encore ce dernier vocable est évidemment inexact, l'expression « peuple juif » semblerait plus correcte.

Le peuple juif, ainsi nommé, se distingue par des attributs mentaux et nerveux.

Une culture intellectuelle et philosophique avancée, la propension à sacrifier à leurs convictions leurs intérêts politiques, sociaux et économiques, telle est la formule psychique des Juifs contemporains de Moïse. A une époque moins reculée, leur commerce plus intime avec d'autres peuples a modifié leurs idées et leurs sentiments et ils sont devenus conquérants de la Palestine. Ils ont subi partout l'empreinte des milieux, en s'y adaptant à merveille.

Leur aptitude dominante en fait des nervosiques. Au début de leur histoire, la vie des champs, le contact de la nature, les travaux pénibles corrigeaient cette tendance. Dans la suite, l'exil, la misère et l'isolement, la privation des exercices physiques, des fêtes populaires, leur ont fait chercher un autre dérivatif à leurs passions. Confinés dans leurs familles, ils ont demandé aux mariages et aux abus sexuels une satisfaction dangereuse, au détriment de leur santé. Les femmes surtout ont souffert de cet excès et l'hystérie grave est commune chez elles. M. Benedikt constate la fréquence de l'aphonie hystérique chez les Juifs des deux sexes.

Le Juif moderne possède à un haut degré, la faculté de variation et d'assimilation. Il sait conformer ses idées et ses sentiments au milieu dans lequel il vit. Il embrasse les mœurs et les usages de son pays d'adoption et il y devient patriote jusqu'au chauvinisme. Aussi la masse des Juifs ne forme pas, à proprement parler, une nation. Le premier caractère d'une nation est d'avoir une langue. La langue hébraïque n'est pas perdue, cela est vrai, mais elle ne se parle plus.

Le professeur viennois étudie les états neuro-pathologiques chez les Juifs et, en particulier, la folie et la paralysie générale. Il est un adversaire déclaré de l'origine syphilitique de cette dernière affection. Ses malades sont divisés en deux groupes : le

premier comprend les ouvriers de la classe supérieure et les artisans pauvres de Vienne; le second est surtout formé de Juifs polonais, russes et autres orthodoxes. Le peu de fréquence de la syphilis et de l'alcoolisme est notoire dans le premier groupe, ces deux affections sont encore plus rares chez les Juifs orthodoxes. Or, les névroses dégénératives et la paralysie générale s'observent assez souvent dans les deux classes d'individus. Leur véritable élément causal est la prédisposition individuelle. La syphilis ne crée pas par elle-même l'ataxie et la périencéphalite. M. Benedikt propose un adage latin : *Tabicus et paralyticus non fit sed nascitur*.

La paralysie générale et la folie paraissent augmenter parmi les Juifs. On serait tenté d'attribuer cet accroissement à la persécution et aux mauvais traitements dont ils ont souffert dans ces dernières années, principalement en Russie et en Roumanie. Mais la paralysie générale était rare dans des temps plus anciens où ils étaient traqués encore plus cruellement. C'est qu'autrefois les massacres les décimaient; la misère infinie des proscrits, la faim et la maladie les sauvaient de l'aliénation mentale. Ils en sont moins préservés aujourd'hui; la vraie cause de cet accroissement parmi les Juifs est dans leur condition d'existence qui s'est modifiée à la faveur de la tolérance religieuse et de la liberté démocratique. Admis à tenir leur place dans le mouvement social, à prendre part aux luttes de la vie, on les a vus devenir artistes, savants, ingénieurs et déployer une activité qui devait être fatale à leur intégrité mentale. Leur nervosisme natif a préparé le terrain pour l'éclosion de la psychose.

XV. — *Un cas d'homicide épileptique*; par le Dr Percy Smith (numéro de juillet). — Observation médicale très détaillée qu'on pourrait considérer comme un type clinique du genre. Les médecins de la poursuite et de la défense sont tombés d'accord devant le juge, qui a prononcé l'acquittement pour cause de folie. On ne lira pas sans intérêt la relation abrégée de cette affaire médico-légale.

Le malade, âgé de cinquante ans, avait pris du service en 1870, dans l'armée coloniale. Il y eut une insolation et perdit connaissance pendant plusieurs heures. Plus tard, il eut plusieurs accès fébriles avec délire. Renvoyé dans son pays comme malade, il a eu de nombreuses attaques qu'un témoin a trouvées entièrement semblables à des accidents épileptiques que son frère auraient eues pendant l'enfance. Elles étaient mar-

quées par la perte complète du sentiment et suivies d'agitation impulsive à forme très dangereuse. La connaissance ne revenait pas toujours entre les accès, après lesquels le malade perdait tout souvenir de ses actes et se plaignait d'une vive douleur dans la tête. Après deux mois de congé, il rejoint son corps. Il n'a pas d'autres crises comitiales; mais, en 1875, il présente encore des accès de fièvre avec phénomènes délirants bizarres. Pendant des heures, il se tient immobile et regarde fixement devant lui sans prononcer une parole. On note encore chez lui des intervalles de dépression soudaine et transitoire. Il souffre aussi d'une céphalée pénible et se montre excentrique à certains moments.

En 1878, sa santé s'est relevée. Il se marie, est très heureux et devient père de huit enfants. Mais, dès 1881, les accès de dépression ont augmenté de fréquence. En 1882, il fait la campagne d'Égypte, souffre de la fatigue et du soleil, prend de nouveau la fièvre, se montre excentrique. Sous le nom de « petit mal de soleil » (en français dans le texte), on le traite alors pour des évanouissements qui se produisent surtout après les excès de fatigue. Il ne se mord pas la langue; il n'urine pas pendant ces crises, qui se distinguent seulement par une sensation de poussée vers la tête et la perte du sentiment pendant un temps assez long. Au reste, sa conduite est exemplaire. Il est sobre, religieux, et a la réputation d'un excellent officier.

Il quitte l'armée en 1891 et se fait agent d'assurances. La fièvre ne l'a pas quitté; il souffre maintenant de névralgies atroces qui vont jusqu'à le priver, d'après ses propres déclarations, du contrôle de ses actes, et le poussent à la folie. Il est devenu très impressionnable; à propos d'une opération subie par sa femme, il a fait preuve d'une sensibilité exagérée. Il affiche une religiosité anormale, les murs de sa maison sont couverts de sentences tirées de la Bible; ses pratiques sont si extraordinaires que certaines personnes ont pu attribuer à une manie religieuse le crime qu'il a commis. A part ce détail, sa conduite est toujours raisonnable dans les affaires. Une seule fois, peu avant le drame, il a été incorrect vis-à-vis de la Compagnie qui l'employait. Nous arrivons à la scène du meurtre.

Le 28, il a une violente attaque de névralgie; le 29, il est retourné à son bureau. Appelé par sa femme auprès d'un enfant malade, il rentre à la maison. A 11 heures du soir, tout est tranquille au logis. Le lendemain, la fille aînée trouve close la porte de la chambre de ses parents. La porte est enfoncée et

l'on se trouve en présence d'un spectacle horrible. La mère est étendue sur le lit, morte, avec quatre plaies pénétrantes du crâne et de nombreuses contusions. Un enfant a la gorge largement ouverte; la section s'étend jusqu'au disque intervertébral et intéresse la moelle. Sur le plancher, on ramasse un marteau à charbon enveloppé dans une serviette; un large couteau de cuisine a été déposé sur la toilette. Assis sur une chaise au milieu de la pièce, en chemise de nuit, l'homme se tient immobile, les yeux fermés, la tête penchée, les mains pendantes. Il paraît inconscient, ne répond pas, se laisse habiller passivement et conduire au poste. Pourtant, l'observation a révélé des faits contradictoires. Le réflexe oculaire est conservé; la compression du nerf sus-orbitaire lui a fait ouvrir les yeux et pousser des cris, et l'on a pu se demander si la perte du sentiment était réelle. Peu après, il se met à parler, s'intéresse à son entourage et à sa position, s'informe anxieusement de l'enfant qui a été sa victime et fond en larmes. Sur une table de la chambre était un flacon vide ayant contenu du chloroforme et de l'essence de girofle, dont le meurtrier faisait usage pour combattre ses névralgies. Par l'emploi de la pompe, on a pu s'assurer que son estomac ne contenait aucune substance odorante, et l'hypothèse d'une tentative de suicide a dû être écartée.

L'enquête sur les circonstances qui ont précédé le crime a fait connaître que, dans la nuit, un de ses fils, couché dans la chambre voisine, l'avait appelé à cause d'une fuite de gaz. Il s'était levé, s'était assuré que le robinet du gaz était fermé, puis il était rentré paisiblement dans sa chambre, où il s'était frictionné le visage avec la mixture antinévralgique. Peu d'instants après, il était descendu dans la cave et à la cuisine, y avait pris les instruments qui devaient servir au meurtre. Détail caractéristique, il avait passé la journée précédente à casser du charbon dans sa cave, procédant à un acte qu'il devait reproduire automatiquement quelques heures plus tard.

L'accusation prétendait que l'inculpé avait des embarras d'argent et qu'il avait résolu, dans un moment de désespoir, de mettre à mort tous les siens et de se tuer après. Il aurait d'abord massacré sa femme et son enfant, couchés dans la même chambre; il serait allé ensuite ouvrir le compteur du gaz pour asphyxier ceux qui restaient de sa famille. Il aurait tenté enfin de s'empoisonner avec le contenu du flacon trouvé vide. Or, il a été établi, d'une part, qu'il n'avait pu avoir la clef du

compteur du gaz, égarée ce jour-là, de l'autre, que son estomac ne contenait aucune matière ingérée dans un but de suicide.

Fallait-il voir dans cet homme un vulgaire assassin, conscient de son crime atroce, dont la simulation aurait été déjouée par le médecin de la police? Cette supposition ne tient pas devant un examen impartial de la conduite. Cet homme adorait sa femme et ses enfants. Après le meurtre, son inconscience était entière, non simulée, mais elle ne devait pas se prolonger indéfiniment, et les tentatives pour explorer la sensibilité ont réussi au moment où le sentiment commençait à revenir. Il a paru alors avoir quelque réminiscence des faits, parce qu'il en avait recueilli autour de lui les notions fournies par les assistants. C'est alors que le malheureux les a questionnés sur son enfant et qu'il a pleuré.

Nous avons résumé très sommairement la discussion très approfondie à laquelle s'est livrée notre confrère. Elle montre une fois de plus combien est délicate, dans certains cas, la recherche de l'état inconscient dans l'homicide épileptique.

XVI. — *Notes sur deux cas de folie consécutive à la chorée*; par le D^r Rothsay Steward (numéro de juillet). — La forme et la marche diffèrent dans ces deux observations. Une jeune fille de seize ans est le sujet de la première. L'affection mentale qui est une lypémanie, a suivi d'un mois l'invasion de la chorée, qui a disparu avec le trouble mental. La malade reste immobile, ne s'habille pas seule; elle a tenté de se jeter de la fenêtre. Son visage a une expression égarée, ses gestes sont lents, ses idées obtuses. La mémoire est défaillante, le fonctionnement du cœur est normal. Les réflexes sont affaiblis; les pupilles, dilatées et égales, sont paresseuses à la lumière; l'urine est acide. La malade erre de tous côtés, se couche et se lève, crie parfois sans motif; elle se nourrit bien. Dans la suite, elle s'intéresse peu à peu à son entourage et se met à travailler. Elle recouvre enfin son état normal et sort guérie. La lypémanie s'est substituée à la chorée, qui apparaissait chez cette jeune fille pour la première fois.

L'autre malade, une femme de vingt-huit ans, grande, brune, de forte complexion, n'a pas le rhumatisme dans ses antécédents. A douze ans, elle a eu un traumatisme de la tête et la chorée s'est développée peu de temps après. Depuis cette époque, le caractère de l'enfant s'est transformé et elle est devenue différente des autres jeunes filles. Elle s'est montrée de jour en jour plus extravagante, s'introduisant dans les maisons

de ses voisins, se couchant sur leurs lits. Elle trouble l'ordre de la rue, se fait menaçante. Enfin ses méfaits la font signaler et interner à l'asile.

Elle est excitée et loquace, répète fréquemment les mêmes mots en respirant bruyamment. Elle est incapable de fixer son attention, les muscles de son visage se contractent violemment, ses globes oculaires se tournent en haut. Les pupilles sont dilatées, égales, insensibles à la lumière, les réflexes rotuliens sont diminués. Il y a de l'embarras intestinal, l'urine est acide, sans albumine ni sucre. Le cœur, légèrement hypertrophié, offre un double murmure aortique.

L'observation la fait voir avec une attitude raide, résistante, avec le dos arqué, parlant comme plus haut, oisive. Un mois après, on constate un peu de travail. Ensuite, de l'excitation revient, la malade chante à la chapelle avec une affectation bruyante. Plus tard elle est déprimée, présente de l'œdème des chevilles et se plaint de douleurs par tout le corps; alors apparaît un rhumatisme du genou compliqué de fièvre. La nuit, elle pousse des cris intermittents. Cette complication a guéri assez rapidement, mais laisse après elle une grande faiblesse. Une certaine amélioration s'est montrée alors dans l'état mental; elle a été de courte durée et la malade n'a pas tardé à redevenir maussade et réfractaire. Elle a repris son habitude de répéter automatiquement les phrases.

L'aspect mental de la psychose choréique se reconnaît à quelques caractères saillants : le changement du caractère, la manie du soupçon, l'affaiblissement de la mémoire et du pouvoir d'attention. D'après Arndt, l'intelligence est toujours impliquée et les traits saillants du trouble mental sont l'incohérence et l'inattention.

La chorée est une maladie de l'écorce. Résulte-t-elle de petites poussées emboliques? Letschenow localise la maladie dans les couches optiques. Elle est associée au rhumatisme, mais sans lésion forcée du cœur. C'est donc une altération du sang qu'il faut incriminer dans la chorée (Clouston, Leube). L'autopsie fait découvrir souvent une endocardite; mais, l'auteur estime que cette lésion est secondaire à la névrose.

XVII. — *Cas de double anévrysme sacciforme intra-cranien*; par le D^r Shaw (numéro de juillet). — La malade, âgée de cinquante ans, est aliénée depuis deux ans. Le trouble mental consiste en idées de persécution liées à des hallucinations auditives et à des sensations de téléphone, d'électricité. Les hallu-

ciations ont un caractère intermittent et se manifestent surtout la nuit. Cette femme présente, en outre, une ophtalmoplégie droite à peu près complète, ptosis, strabisme externe, fixité de la pupille (cette dernière condition n'étant pas constante), sans névrite optique. Le trouble fonctionnel s'est produit subitement quelques années avant l'entrée, précédée pendant vingt-quatre heures de violentes douleurs dans le côté droit de la tête. La malade souffrait constamment de bourdonnements d'oreille et avait des accès périodiques de migraine, sans vomissements. Elle portait la tête inclinée à gauche (côté opposé à la lésion).

Six mois après son admission, elle a deux attaques successives avec convulsions violentes généralisées, plus fortes à gauche et elle meurt. Pendant ces accès, les pupilles ont été d'abord fortement et également contractées et enfin modérément dilatées.

L'autopsie a fait voir un énorme épanchement sanguin sous la pie-arachnoïde, distribué par places au-dessus des régions frontale, occipitale et cérébelleuse, surtout de la base. Il a envahi les ventricules, principalement le droit, qui est distendu par les caillots. Cette hémorragie provient de la rupture d'un anévrisme sacciforme siégeant sur l'artère cérébrale moyenne droite. La tumeur a le volume d'un pois. Elle a déterminé le ramollissement de la région antérieure de l'insula et s'est ouverte finalement dans le ventricule latéral. Ses parois sont minces et elle est vide.

Une autre tumeur de même nature a été découverte sur la carotide interne, à son issue du sinus caverneux, qu'il comprime inférieurement. Au dessus s'est produit un ramollissement étendu comprenant une partie de l'espace perforé antérieur et le *gyrus uncinatus* : elle est dure, presque entièrement remplie de tissu lamineux et a le volume d'une noix.

Le cœur est hypertrophié et les artères athéromateuses.

Ce second anévrisme a guéri et c'est à son contact avec le lobe temporo-sphénoïdal qu'il faut attribuer les phénomènes hallucinatoires et les troubles délirants qui ont nécessité la séquestration.

XVIII. — *Discours présidentiel prononcé à la 60^e réunion annuelle de la société médico-psychologique à Cork, le 25 juillet 1901; par le D^r Oscar Woods (numéro d'octobre).* — *L'assistance des aliénés en Irlande depuis son début jusqu'à l'heure actuelle*, tel est le sujet traité par le nouveau président.

C'est en l'an 1728 que l'on s'est intéressé pour la première fois à ces malades, le lord maire de Dublin, sir William Fownes, ayant fait construire pour eux des cellules dans le workhouse.

La loi de 1772, dont l'action fut peu efficace, réglementait leur admission et les conditions de leur internement dans les infirmeries du comté. L'hôpital Saint-Patrick existait depuis 1745 et, à la fin du XVIII^e siècle, deux institutions connues sous le nom de « maisons d'industrie » à Dublin (1772) et à Cork (1787) complétaient l'assistance. L'asile de Richmond (1815) tire son origine de la « maison d'industrie » de Dublin.

M. Woods donne de curieux renseignements tirés du rapport de la commission nommée en 1817, sur la situation des aliénés en Irlande au siècle dernier. Il nous montre un malade jeune et vigoureux, placé dans un trou profond de quatre pieds pratiqué dans le plancher. Il ne peut s'y tenir debout, un grillage au-dessus de lui, l'empêche de se lever ; c'est là que le misérable reçoit sa nourriture et qu'il meurt généralement. A Dublin, les aliénés étaient confinés dans des cellules en bois spécialement construites en vue de la coercition. A cette époque, relativement voisine, les directeurs de Workhouse croyaient à l'influence de la lune et prévenaient la turbulence de leurs pensionnaires en redoublant l'application de la contrainte brutale (liens, chaînes, fouet) suivant les indications de l'almanach.

En 1817, est décidée la création de neuf asiles pour 980 aliénés et la loi de 1821 donne une impulsion décisive à l'assistance en ordonnant la construction, suivant les besoins, d'asiles de 100 à 150 places pour plusieurs provinces, de 50 places au moins pour une seule. Cette disposition évidemment défectueuse a eu pour résultat l'ouverture d'asiles trop petits. Actuellement, l'Irlande possède 23 établissements pour 1.700 malades.

La statistique occupe une place prépondérante dans ce discours, nous la reproduirons avec mesure.

Un premier tableau indique, de dix en dix ans, de 1851 à 1891, les admissions des aliénés et idiots dans les asiles, dans les workhouses et les prisons. En ne prenant que les chiffres extrêmes, les plus intéressants, on voit qu'en 1851, 3.436 aliénés et idiots étaient hospitalisés dans les asiles ; 1.840 aliénés et 4.704 idiots étaient recueillis dans les workhouses et les prisons. En 1891, les asiles contiennent 12.261 aliénés et idiots ; 3.680 aliénés, 5.247 idiots sont détenus dans les workhouses et les geôles.

Il y a donc, en 1891, 8.927 individus qui ne profitent pas encore d'une assistance spéciale. On peut donc prévoir, dans un avenir prochain, un accroissement considérable du nombre des admissions, sans avoir à conclure à une augmentation du chiffre des aliénés dans le pays. Néanmoins, d'autres considérations, suggérées par d'autres chiffres, permettent d'hésiter sur ce dernier point.

En comparant les statistiques de la folie en Irlande, en Angleterre et en Écosse, pour les années 1859 et 1900, on trouve que l'Irlande, en 1859, compte un aliéné sur 600; en 1900, un aliéné sur 217 individus. Les chiffres des autres pays sont respectivement, pour les deux années, en Angleterre, un aliéné sur 535 et 301; en Écosse un sur 505 et 281. Ainsi, tandis qu'en 1859, l'Irlande était la région la plus indemne du Royaume Uni, à l'heure actuelle, elle donne la plus grande proportion d'aliénés. La population de ce pays, qui était en 1859 de 5.861.711 habitants est tombée aujourd'hui à 4.456.546, cette décroissance étant imputable à l'émigration.

Les États-Unis ne se font pas faute, d'ailleurs, de se débarrasser des mauvais colons et renvoient en Irlande les hommes malingres et ceux qui deviennent aliénés, même après plusieurs années de séjour.

Que la folie soit ou non en progrès, il faut reconnaître que les besoins de l'assistance sont tous les jours plus pressants. La nécessité s'impose de remédier sans retard à l'encombrement des asiles. La création d'asiles de chroniques est une mesure acceptable, à la condition de n'être pas trop économique aux dépens des malheureux aliénés.

Les types de folie qui dominent en Irlande diffèrent de ceux qu'on observe dans la Grande-Bretagne. La manie aiguë y est commune et on y voit beaucoup moins de paralysies générales et d'épilepsies. Les pourcentages de ces deux dernières maladies sont pour ces divers pays :

	Paralysie générale.	Epilepsie.
Irlande	1,1	3,7
Angleterre	12,5	8,4
Écosse.	4,0	8,5

Ces chiffres n'ont rien de surprenant si l'on pense que la triade étiologique de la paralysie générale (syphilis, surmenage, alcoolisme) pèse moins sur la population irlandaise. La syphilis est rare en Irlande, où le peuple mène une vie régulière et pai-

sible. S'il boit, c'est dans des occasions très rares, les jours de fêtes, de courses, et alors l'alcool produit généralement des accès de folie simple. La paralysie générale n'y frappe que les marins, les soldats, et la population exotique. La même remarque s'appliquerait peut être à l'épilepsie. La folie à deux serait d'une observation assez commune dans la population irlandaise.

L'influence de l'hérédité sur la production de la folie est difficile à préciser. D'après les inspecteurs généraux, elle s'exercerait dans la proportion de 23,1 p. 100 ; le pourcentage de l'Angleterre étant 22,6. Les médecins connaissent par expérience les relations étroites qu'a l'hérédité avec l'épilepsie, le crime et l'ivrognerie. Aussi, en tête des moyens prophylactiques qu'il propose, l'orateur place la lutte contre l'hérédité morbide.

Il voudrait voir adopter un contrôle sévère de l'émigration, qui épuise la race. Le danger de la transmission de la folie serait en partie conjuré en s'opposant aux unions suspectes. En Irlande, la consanguinité est fréquente; les jeunes gens se marient dans leur village, entre parents. Dans certaines localités presque tous les habitants portent le même nom.

M. Woods insiste enfin sur la nécessité de traiter la folie de bonne heure; 45 p. 100 des aliénés sont incurables parce que leur admission a été tardive. Les symptômes prémonitoires doivent pouvoir être observés; la création d'hôpitaux spéciaux pour nervosiques, où l'admission pourrait se faire sans certificat préalable, serait une innovation utile. D'autre part, il conviendrait d'ouvrir des asiles, comme en Angleterre et en Ecosse, pour le traitement séparé des curables. Le vingtième environ des aliénés entrants est susceptible de guérir. Ce petit groupe mérite quelques sacrifices, sauf à traiter les chroniques à moins de frais.

L'orateur recommande enfin la construction de villas pour phtisiques et la création d'une fonction, qui existe déjà dans le Royaume-Uni, celle de médecin pathologiste. Il annonce cette amélioration comme prochaine.

XIX. — *Phtisie et aliénation mentale. Étude basée principalement sur les cahiers statistiques de mortalité comparée en Irlande*; par le Dr Thomas Drapes (numéro d'octobre). — La folie est-elle capable de donner naissance à la phtisie? Cette question est neuve et très discutée; M. Drapes vient demander aux chiffres de la résoudre.

L'Irlande est un pays de misère et la consommation pulmonaire y est commune. En 1899, la moyenne des décès par phtisie était en Angleterre de 13,36 pour mille âmes de population. Cette proportion atteint en Irlande 20,92. Il faut noter d'autre part que la mortalité générale est sensiblement la même dans les deux pays : 18,3 pour mille en Angleterre, 17,6 en Irlande. La prépondérance de la phtisie en Irlande est donc manifeste. Sur 10.000 décès par toutes maladies, 728 en Angleterre, 1189 en Irlande étaient occasionnés par la phtisie ; soit des pourcentages respectifs de 7.28 et 11.89.

Si l'on poursuit la même enquête dans les asiles et qu'on prenne, dans les asiles anglais et irlandais, la moyenne journalière des décès correspondant à la population extérieure, on trouve que cette moyenne est respectivement de 98,7 et 72,1 p. 1000. Comparant ces chiffres aux rapports déjà connus, 18,3 et 17,6 de la mortalité générale, on arrive à cette conclusion que la mortalité des asiles est, cinq fois et demi en Angleterre et dans le pays de Galles, quatre fois en Irlande, plus forte que celle de la population générale.

La mortalité des asiles par phtisie, atteint en Angleterre, 141,41 ; en Irlande, 204,69 pour 10.000 aliénés. Si l'on rapproche ces chiffres de ceux mentionnés plus haut, 13,36 et 20.92 relatifs à la même mortalité dans la population extérieure, il semble évident que la phtisie est dix fois plus meurtrière chez les aliénés que chez les individus sains d'esprit.

Ce chiffre est critiqué par l'auteur. Il oppose d'abord un amendement important à cette statistique.

Les asiles, pratiquement, ne reçoivent pas de pensionnaires au-dessous de 15 ans, et les individus âgés de moins de 15 ans font environ le tiers de la population ordinaire. Pour que la statistique fût inattaquable, il faudrait la limiter aux individus d'un âge supérieur ; avec cette correction, le chiffre précédent se trouve abaissé de 10 à 7 1/2.

Les docteurs Crookshank, Clouston, E. France ont remarqué que les chiffres officiels de la mortalité par phtisie sont de beaucoup inférieurs à la réalité ; cette affection, souvent méconnue à l'asile, se découvrant plus tard à l'amphithéâtre. La chose est vrai, mais ne l'est pas moins pour la population normale, dont les tableaux statistiques sont manifestement incomplets. D'ailleurs, les maladies autres que la phtisie donnent lieu aussi à une mortalité bien plus forte dans les asiles. Enfin, le procédé suivi dans l'évaluation officielle de la mortalité est passible

d'un grave reproche. On a eu tort de comparer les décès annuels par phtisie à l'asile avec les mêmes décès dans la population ordinaire. Ce sont là des termes dissemblables. On aurait une impression plus exacte de la nocivité de la phtisie en comparant le chiffre des décès qu'elle produit chez les aliénés avec celui des autres maladies dans l'asile même. Ce mode d'appréciation donnerait d'autres résultats, qui tendraient à modifier l'opinion qui s'accrédite de nos jours sur le rôle pathogénique de l'aliénation mentale dans l'éclosion de la phtisie.

L'Irlande est épouvantablement décimée, dans toute son étendue, par la tuberculose, et la question qui nous intéresse se réduit en réalité à une simple comparaison entre l'état sanitaire de l'île et celui des maisons d'aliénés. Les uns sont-ils moins frappés que l'autre. Pour élucider ce point capital, M. Drapes étudie la mortalité relative par phtisie chez les aliénés et les non aliénés à des périodes successives de la vie. Elle est nettement indiquée dans un grand tableau que nous avons sous les yeux et dont il convient de préciser l'enseignement.

C'est entre 15 et 45 ans que la phtisie fait le plus de victimes. Or, les pourcentages de mortalité pendant cette période sont à peu près les mêmes dans la population non aliénée (44,2) et dans les asiles (44,3). C'est, si l'on peut dire, la période phtisique de la vie, et la maladie se présente sous le même aspect dans les deux milieux. Après 45 ans, les résultats changent et les aliénés sont éprouvés davantage. De 45 à 55 ans, les mêmes pourcentages deviennent 14,4 et 28,3. De 55 à 65 ans, ils sont 5,1 et 10,7 et de 65 à 75 ans, 1,1 et 5,4. Dans cette dernière période décennale, la mortalité est cinq fois plus forte dans les asiles d'aliénés.

Il appert de ces chiffres que l'action nocive de la tuberculose chez les sujets jeunes est identique dans les asiles et dans la population normale et que les individus âgés y payent un plus large tribut dans les maisons d'aliénés. Or, si l'on remarque que ces derniers, devenus phtisiques sur le tard, ont fait un long séjour dans l'établissement, on sera conduit à supposer que la mortalité qui sévit parmi eux n'est pas due à l'action de la folie, mais aux conditions défectueuses de l'existence. Cette manière de voir s'affirme par ce fait important que le chiffre des décès offre de grandes variations d'un asile à l'autre, subordonnées évidemment à une installation plus ou moins correcte.

La phthisie n'est donc pas une complication de l'aliénation mentale, mais un mal inhérent à l'asile même. Il appartient à une administration sage d'en combattre les atteintes, et notre distingué confrère finit par les préceptes suivants : faire disparaître l'encombrement ; neutraliser l'action contagieuse des crachats ; améliorer le régime diététique, les systèmes de chauffage et de ventilation ; supprimer toutes les tentures, ornement inutile et dangereux ; assurer un isolement plus parfait des tuberculeux et faire autour d'eux une désinfection active et constante. Il voudrait, comme l'a proposé le Dr Crichton Browne, les loger dans des constructions en bois qui seraient détruites par le feu tous les dix ans.

XX. — *Récente législation des aliénés ; recul ou progrès ?* par le Dr W. Graham (numéro d'octobre). — Le recul consisterait dans une organisation par trop mesquine de l'assistance des chroniques. Les asiles irlandais sont éprouvés par un encombrement énorme auquel il importe de porter remède. Le *local government Act* de 1898 prescrit dans ce but que le conseil du comté, soit en vertu des pouvoirs que lui confère cette loi, soit par l'aliénation d'un workhouse ou d'un autre bâtiment dépendant des « gardiens », ait à créer « un asile auxiliaire » pour l'assistance des chroniques qui, non dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres, sont déclarés, par le directeur de l'asile du comté, ne pas réclamer les soins et le traitement d'un asile complet. Cet asile auxiliaire pourra être un établissement indépendant, relevant de la législation des aliénés, ou bien, suivant avis du lord lieutenant, une simple division d'asile normal. La section 84 de la même loi édicte d'autres dispositions d'un grand intérêt. Le conseil du comté, agissant par sa commission, nomme pour chaque asile d'aliénés un médecin directeur résident ou au moins un médecin adjoint.

Or, l'interprétation des mots « asile auxiliaire » a donné lieu à des dissidences graves. L'une des opinions, contre laquelle s'élève énergiquement notre confrère, est celle d'un des membres les plus distingués du comité d'organisation. Elle sépare nettement les curables des incurables et réserve à ces derniers une hospitalisation moins coûteuse, dans un bâtiment placé sous la direction d'un homme de loi et visité à certains jours par un médecin des environs. Tel serait l'asile auxiliaire. L'homme de loi sera moins payé que le médecin aliéniste, dont l'intervention scientifique est superflue auprès de tels malades. Les employés, de même, se recruteront à moins de frais, un personnel de

femmes vigoureuses étant suffisant pour la garde de pensionnaires inoffensifs.

Ce sont là des vues étranges que M. Graham n'a pas de peine à combattre. Au nom de l'humanité, il s'élève contre la parcimonie dont elles sont l'expression. Il remarque ensuite que les aliénés chroniques ne sont pas toujours inoffensifs et qu'ils doivent être surveillés. La qualification d'incurables mérite encore une critique sévère, la curabilité des chroniques étant un fait démontré par l'expérience. C'est un crime de lèse-humanité d'inscrire au fronton des établissements projetés la célèbre formule du Danté. — Les chroniques ont droit aux soins de l'aliéniste, qui les observe tous les jours et les traite, au besoin, suivant l'indication. L'auteur défend cette thèse avec une généreuse véhémence et développe ses idées sur l'assistance de ces aliénés, en se conformant aux intentions du législateur.

L'asile auxiliaire doit avoir son médecin. Sera-t-il un établissement isolé, indépendant, soumis à la législation spéciale? en fera-t-on un département d'asile normal? Même en admettant l'assistance séparée, on pourrait traiter l'asile auxiliaire, au point de vue médical, comme une dépendance d'asile en confiant sa gestion à un médecin adjoint, sous l'autorité du directeur résident d'un établissement voisin. Mais ce mode d'assistance n'est pas souhaitable, autant au point de vue économique que sous le rapport scientifique et humanitaire. Aujourd'hui, les bons asiles comprennent les deux sections, curables et incurables, qui vivent sous le même toit et profitent au même titre de l'intervention bienfaisante du médecin. L'auteur se rallie à ce plan; il demande la création d'annexes aux établissements qui existent. Ces constructions pourraient être édifiées dans des conditions plus économiques, pourvues d'arrangements plus simples; mais les malades y seraient favorisés des mêmes soins et de la même surveillance que ceux de l'asile principal.

XXI. — *L'extrait de capsule surrénale dans le traitement de la folie*; par le Dr W. R. Dawson (numéro d'octobre). — La portion médullaire ou neurale de la capsule surrénale contient un principe actif dont l'isolement a présenté d'abord de réelles difficultés. L'épiphrénine d'Abel, la suprarénaline de von Fürth ne sont pas des substances chimiquement pures. Au début de l'année 1901, les efforts de Takamine ont été plus heureux; son adrénaline paraît être le principe physiologique réel de la glande. C'est une poudre blanche, finement cristallisée, d'un goût amer, stable à l'état sec, soluble dans l'eau,

possédant, à un extraordinaire degré, les propriétés de l'extrait de surrénale.

M. Dawson l'a employée dans le traitement des maladies mentales, et il a eu à s'en louer principalement dans la folie juvénile. La drogue agit en élevant la pression sanguine, qui est d'ordinaire notablement abaissée dans l'excitation maniaque. Trois manies d'adolescents : une manie aiguë, une manie récurrente liée à la paranoïa, une paralysie générale au début, une épileptique non aliénée tendant à la dépression, forment le bilan de ses expériences. Il paraît en résulter qu'une pression artérielle élevée ne constitue pas une contre-indication absolue à l'emploi du remède; toutefois une faible tension est une condition plus favorable.

Introduite dans la circulation ou administrée par la bouche à dose extrêmement faible (1/800 de grain), ses effets physiologiques sont appréciables (Schäfer). A l'élévation de la pression artérielle, à la suractivité des muscles et du cœur, s'ajouterait, d'après Costerbrook, une diminution du métabolisme, démontrée par la réduction de l'urée; mais l'auteur fait des réserves touchant ce dernier phénomène, inconstant et souvent peu marquée.

Il termine par les conclusions suivantes :

L'action physiologique principale de l'extrait de capsule surrénale est l'élévation de la pression artérielle, mais elle produit encore une action tonique sur le cœur, sur les muscles en général et peut-être quelque diminution du métabolisme.

Étant donnée la durée transitoire des phénomènes consécutifs à l'injection intraveineuse de l'extrait, il convient de le donner par la bouche, si l'on veut obtenir une action suffisamment prolongée. Il est à noter que la digestion n'a pas souffert après l'ingestion de doses modérées.

Pour des raisons *à priori* aussi bien qu'après expérience, l'emploi de la drogue paraît indiqué dans des conditions mentales d'excitation et d'exaltation, dans lesquelles la pression vasculaire est habituellement affaiblie.

Le traitement doit être poursuivi pendant un temps assez long, dans la plupart des cas, si l'on veut obtenir un effet marqué, surtout si l'excitation est violente.

Bien que l'état de la pression sanguine fournisse, en bonne règle, l'indication du médicament, une pression élevée n'est pas toujours une contre-indication absolue, si l'on a quelque motif de croire qu'elle n'est pas liée à l'état mental. On a vu

chez certains individus, une pression élevée être encore inférieure à leur pression normale.

L'extrait de surrénale semble être sans avantages dans les cas de mélancolie, marqués par une stupeur intense.

Il paraît, dès lors, probable que la forme d'aliénation mentale où il est le plus utile est la manie aiguë d'origine très récente, non compliquée de stupeur.

XXI. — *Insensibilité physique et morale chez les criminels*; par le D^r W. Norwood East (numéro d'octobre). — L'insensibilité morale des criminels, que tout le monde admet, se complique-t-elle d'une insensibilité physique qui lui est adéquate? Pour élucider ce point intéressant, M. Norwood a soumis à son observation une centaine de condamnés dont il a mesuré l'acuité sensorielle. Leur âge variait de dix-huit à soixante-six ans; leurs peines étaient diverses, depuis trois ans de prison jusqu'à la servitude à vie. Quelques-uns étaient premiers délinquants, les crimes étaient : effraction, vol, recel, contrefaçon, fraude, faux-monnayage, meurtre, assassinat, blessures, dans l'intention de tuer ou d'infliger une infirmité physique; avortement, attentat, viol, offenses à la pudeur, crimes contre nature, bigamie, incendie et parjure.

Il a examiné parallèlement dix employés de Guy's hospital qui ont bien voulu se prêter à ces recherches.

A la vérité, ces expériences sont quelque peu sommaires et n'ont pas toute la rigueur scientifique désirable. La vision a été explorée avec des types figurés, sans examen ophtalmoscopique préalable. L'ouïe l'a été au moyen de la montre et l'on n'a pas recherché la partie défaillante de l'appareil auditif. Pour le goût, on a employé des solutions plus ou moins sucrées. La sensibilité totale a été éprouvée à l'aide de l'æsthesiomètre de Sieveking appliqué au milieu de l'avant-bras, l'odorat par des solutions graduées d'essence de girofle.

Ces procédés permettaient de faire des constatations rapides et la méthode expéditive était la seule possible avec des individus réfractaires, sujets à se fatiguer, avec lesquels le moment devait être saisi pour l'expérience.

L'auteur groupe les criminels en trois catégories, correspondant aux degrés de la déchéance morale : les accidentels, les criminels d'occasion, les professionnels.

Le crime est, dans la vie des premiers, un accident, un fait anormal, produit d'un état passionnel ou émotif, peut-être de l'alcool. Leur mentalité est normale avant et après l'acte cri-

minel qu'on peut regarder comme une maladie temporaire.

Le criminel d'occasion est susceptible de faillir plusieurs fois. On ne voit pas, comme chez le précédent, sa sensibilité morale contraster avec sa conduite; mais son énergie, ses perceptions morales, son pouvoir d'inhibition et de détermination sont faibles et son contrôle insuffisant l'expose à devenir criminel pour des causes futiles. Il aura des sentiments honnêtes, s'adonnera au travail s'il peut en trouver; mais sa débilité mentale en fera, à l'occasion, un réfractaire. Tous les crimes portés dans la nomenclature citée plus haut peuvent lui être imputés, excepté le faux-monnayage dont le seul cas cité dans ce chapitre se rapporte à un professionnel.

Le troisième groupe comprend les individus capables de commettre des séries de crimes qui se succèdent avec une telle rapidité qu'on peut juger qu'aucun effort n'est fait par l'homme pour devenir honnête.

Ces trois catégories correspondent à une décroissance manifeste de la valeur morale. Tandis que les accidentels présentent suivant une expression heureuse de l'auteur, un coefficient normal de la mortalité, à peu près le même que celui des modèles de Guy's hospital, ce coefficient s'abaisse graduellement chez les autres sujets. Or, une déchéance semblable s'observe simultanément du côté des appareils de sensibilité physique.

Toutefois, l'altération des fonctions mentales et physiques n'offre pas un parallélisme rigoureux comme on pourrait s'y attendre. L'écart est plus fort dans les lésions sensorielles, entre les premier et le second groupe qu'entre le second et le troisième.

Nous ne pouvons suivre M. Norwood dans les détails délicats de sa consciencieuse étude, parsemée de tableaux instructifs. Nous nous bornerons à la résumer avec lui.

L'individu normal est doué d'une sensibilité morale et physique plus affinée que le criminel.

Les trois classes de criminels accidentels, occasionnels, professionnels, représentent trois degrés de sensibilité morale.

A ces trois classes correspondent de même trois degrés de sensibilité physique.

La distance entre l'accidentel et l'occasionnel, pour la sensibilité morale, est plus grande qu'entre l'occasionnel et le professionnel.

La distance entre l'accidentel et l'occasionnel, pour la sensi-

bilité physique, est moindre qu'entre l'occasionnel et le professionnel.

Le parallélisme entre les sensibilités morale et physique n'est donc pas exact dans les trois groupes.

L'influence de l'éducation sur la sensibilité morale et physique paraît sans importance.

Aux crimes contre les personnes, communément crimes passionnels, correspond une insensibilité morale et physique moindre.

Aux crimes contre la propriété éloignée, communément crimes intellectuels, correspond une insensibilité morale et physique plus marquée.

Aux crimes contre la propriété voisine : crimes sexuels, bigamie, incendie, parjure, correspond une insensibilité morale et physique encore plus profonde.

L'influence de l'âge sur l'insensibilité physique et morale est nulle.

La sensation est lésée chez le criminel, c'est-à-dire que le nombre des éléments conscients, celui des perceptions possibles, des idées qui naissent dans son esprit, est moindre chez lui que chez l'homme normal. Un esprit dépourvu d'idées est frappé de faiblesse, cette faiblesse se manifeste le plus communément chez le criminel par une sensibilité morale défectueuse.

D^r PONS.

JOURNAUX ITALIENS

Il manicomio moderno.

ANNÉE 1900.

I. — *Les altérations de la cellule nerveuse dans les états d'excitation et de dépression; recherches expérimentales; par le D^r Angiolella (n° 1).* — A l'imitation de Bruglia, l'auteur a expérimenté sur des lapins, injectant dans le péritoine de ceux-ci de l'urine de maniaques ou de mélancoliques. Ces expériences ne sauraient être concluantes; aussi se propose-t-il de les poursuivre; en attendant, ne voulant pas hasarder des affirmations hardies et se cantonnant dans le champ d'une

hypothèse en quelque sorte licite, il ne serait pas illogique, pense-t-il, d'imaginer que des lésions nerveuses peuvent se rencontrer dans les états d'excitation ou de dépression, de tous points analogues à celles observées chez les animaux intoxiqués par de l'urine élaborée dans chacun de ces modes psychiques, c'est-à-dire, dans le premier cas, des altérations localisées surtout au cerveau (lobes frontal et pariétal) sous forme de chromatolyse plus ou moins intense, et, dans le second, des atteintes moins vastes dans les cellules du manteau cérébral, mais intéressant toutes les régions de l'axe cérébro-spinal et de préférence revêtant l'aspect d'atrophie et de nécrose cellulaires.

II. — *Syndrome hallucinatoire confusionnel chez les dégénérés*; par le Dr E. Fornasari di Verce (n° 1). — Observation d'un militaire porteur de nombreux signes physiques, intellectuels et moraux de dégénérescence, lequel, considéré sain jusque-là, perd, sous le coup d'une trahison amoureuse, les apparences normales et manifeste la plus complète variété de troubles psychiques : hallucinations multiples, délire polymorphe, instable, variable à l'excès ; représentations obscènes, perception rapide avec appréciations fantaisistes, lucidité apparente, etc... Etat de malaise, perversité extrême, hostilité pour l'entourage, irascibilité, vindicativité, impulsivité, agitation psychomotrice intermittente, déviation onanistique et pédérastique, sitiophobie..... Note dominante : confusion mentale hallucinatoire.

III. — *La question du génie; étude critique*; par le Dr del Greco (n° 1). — Question ardue, question des plus complexes. Pour telle école (Mantegazza, Toulouse), on est homme de génie en *dépit de la dégénérescence*; le génie peut se rencontrer chez un individu anormal ; mais aucun rapport nécessaire ne se laisse voir entre ce don et les anomalies qui l'accompagnent. En d'autres termes, la dégénérescence escorte souvent, mais ne constitue pas le génie. L'école de Lombroso admet que bien des hommes de génie sont des dégénérés ; d'autres, plus normaux à ce point de vue, nous apparaissent comme des nerveux : ils sont légion. La raison de cette association consiste dans un travail d'évolution régressive. Un progrès, en biologie, ne va pas sans une régression ; une évolution organique ou animale suppose un travail dans lequel le passage d'une forme à un autre ne fut pas possible sans que les éléments de la première ne disparussent en partie par régression, tandis que les

résidus survivants s'épanouissaient au milieu de nouvelles conditions, dans la genèse de l'organe ou de l'individu nouveau. Le génie, pour Lombroso, n'est qu'un cas de cette loi qui soulève l'individu vers des fonctions nouvelles, plus compliquées et laisse supposer, à côté de progrès caractéristiques, des régressions accentuées. Pour Tamburini, le génie est indubitablement une anomalie, qui, semblable aux autres, n'existe jamais seule et n'apparaît pas sans raisons organiques, par obéissance aux lois de l'évolution qui régissent l'âme et le corps. « Et, comme toutes les hypertrophies d'organes ou de fonctions, il se trouve en état de moindre résistance vis-à-vis des processus morbides, qui chez les hommes de génie se rencontrent plutôt fréquemment. » Les deux écoles adverses ne diffèrent pas absolument dans la constatation des faits, mais, plutôt, dans leur interprétation ; une infinité de points accessoires restent, d'ailleurs, à préciser et à élucider. Le problème peut, en somme, se résumer dans cette question : Quelle valeur hiérarchique, quelle importance ont les éléments morbides et dégénératifs, somatiques ou mentaux, dans l'élaboration du phénomène génie ? Rencontrer des stigmates dégénératifs chez des esprits éminents ne démontre rien, tous les hommes offrant cette particularité ; même remarque au sujet des stades ou moments de faiblesse et de désordre observés dans le développement des caractères géniaux : c'est là le cas de tous les phénomènes biologiques. Mais pour la thèse dégénération, il faudrait prouver : ou que des éléments dégénératifs et morbides *accentués* sont indispensables à l'intégration du type génial — ou que ces éléments sont par leur rapport, leur nombre et leur importance assez considérables pour déterminer, dans leur résultante avec d'autres éléments (le génie), des caractères propres à poser celui-ci en agent perturbateur du plein cycle organico-psychique individuel. Dans le premier cas, le génie ne serait pas un phénomène morbide, mais une provenance essentiellement dégénérative ; dans le second, il serait démontré d'essence dégénérative ou morbide.

IV. — *Les méthodes Flechsig et Bechterew comparées avec le bromure de potassium, dans l'épilepsie. Notes cliniques*; par le Dr L. de Cesare (N° I). — Les expériences de l'auteur n'ont pas été heureuses et il conclut :

a) Les traitements de Flechsig et de Bechterew ne guérissent nullement l'épilepsie.

b) Ils agissent directement contre l'accès et ses équivalents

psycho-épileptiques par l'action du KBr qu'ils contiennent ; indirectement, parfois, par l'adonis vernalis et l'opium.

c) Les guérisons attribuées à ces deux méthodes peuvent être les mêmes qui s'obtiennent grâce au bromure seul, qui agit favorablement, alors, en vertu de certains caractères physiques individuels (idiosyncrasies).

d) La bromuration à petites doses produit, parfois, des lésions souvent réparables de la cellule nerveuse ; à hautes doses, au contraire, elle est presque toujours nocive pour les éléments cellulaires fondamentaux.

V. — *L'hystérie masculine; note clinique*; par le D^r Angiolella (n° 1). — Relation d'un cas intéressant par l'âge du sujet, totalement exempt d'antécédents héréditaires névropathiques ou dégénératifs et pris, pour la première fois, dans sa cinquante-huitième année, d'accidents de petite hystérie. En pareil cas, il est admis que non seulement cette névrose, mais encore l'épilepsie et la neurasthénie, sont des affections constitutionnelles, ayant leur départ dans des anomalies congénitales et plus particulièrement dans ce que l'on pourrait appeler l'exagération de la *féminité*; quand l'hystérie se montre chez l'homme, on rencontre habituellement chez lui des stigmates d'effémination à un degré plus ou moins notable : émotivité, sensations internes, effacement de la personnalité, faiblesse de l'attention et de la volonté, etc. Le sujet, au contraire, est vigoureux, de volonté ferme, de caractère résolu, sans troubles nerveux antérieurs. On se trouve donc, sans doute, en face d'un cas d'hystérie acquise accidentellement par suite d'une émotion (frayeur).

VI. — *La folie maniaco-dépressive de Kræpelin*; par le D^r R. Galdi (n° 1). — Dans sa classification, Kræpelin divise les affections mentales en trois classes : 1° Psychoses aiguës ; elles ne se terminent jamais par la démence, c'est leur caractéristique, et comprennent la mélancolie simple, la folie maniaco-dépressive et la confusion mentale ou psychose d'épuisement ; 2° Psychoses démentielles : elles se terminent toujours par la démence ; ce sont : la démence précoce (avec ses trois aspects : Démence primitive, Hébéphrénie, Catatonie), la paralysie générale et la démence sénile ; 3° Psychoses chroniques tendant à une démence peu accentuée. Par lypémanie simple, Kræpelin désigne ces états de dépression anxieuse de l'âge avancé, indépendants de toute autre forme morbide : le pronostic en est bénin surtout si le malade compte moins de cin-

quante ans. Toutes les autres manifestations mélancoliques antérieures à la sénilité appartiennent à la folie maniaco-dépressive. Pour Kræpelin, les expressions morbides *manie* et *mélancolie* ne sont pas des maladies en soi ; elles constituent des phases différentes d'une même affection, l'expression d'un processus pathologique déterminé. Les caractères de cette folie maniaco-dépressive résident dans sa constitution, à savoir la succession d'accès mélancoliques ou maniaques, lesquels peuvent être isolés, répétés, alternés régulièrement ou non, quelquefois même coexistants en quelque sorte. Cette psychose commence habituellement, mais non toujours, dès le jeune âge ; un premier accès ne saurait éclairer sur le nombre et la nature des suivants ; le plus souvent, deux accès figurent toute la maladie et peuvent être séparés par un intervalle variable (jusqu'à vingt et trente ans) ; un seul accès peut aussi, qu'il soit maniaque ou mélancolique, constituer l'affection. Les causes externes en sont inconnues : une prédisposition héréditaire s'observe souvent ; l'âge, le sexe féminin, les phases de la vie génésique, c'est-à-dire la puberté et la ménopause, semblent, aussi, avoir quelque part dans son étiologie. Enfin, cette forme clinique est à fonds dégénératif : elle paraît due à des altérations périodiques dans les échanges vitaux ; le pronostic de l'accès est toujours favorable.

Fondamentalement, l'idée de Kræpelin n'est pas nouvelle ; Pinel, Esquirol, Morel avaient déjà signalé la transformation de la manie en mélancolie ; Kahlbaum, Sankey, Griesinger considèrent ces deux vésanies comme les expressions différentes d'un même fonds. Quant à l'auteur, il lui semble que la forme maniaco-dépressive de Kræpelin, loin d'être un type clinique nosologique, est un fait de séméiologie, de physiopathologie nerveuse générale, que l'on observe du reste très souvent à l'état sporadique dans de nombreuses psychopathies. De plus, il croit remarquer que, pour Kræpelin et d'autres auteurs, les états maniaques et mélancoliques, ou mieux d'excitation et de dépression, sont des états de réaction nerveuse liés à des conditions diverses de la nutrition générale : ce sont par conséquent des symptômes et non des formes morbides. En de certaines circonstances, ces symptômes peuvent revêtir la forme de manie et de mélancolie ; mais d'ordinaire ils sont flottants et se produisent dans les états psychopathiques les plus variés. Dire avec Kræpelin que toute forme maniaque ou mélancolique suppose son contraire est donc inadmissible dans chaque cas,

l'observation quotidienne démontrant qu'il existe des expressions stables et bien définies de l'une ou l'autre forme (une relation à l'appui).

VII. — *La dionine dans la cure des maladies mentales*; par les D^{rs} Canger et de Cesare (n° 1). — La dionine est le chlorhydrate de l'éther éthylique de la morphine; elle a été donnée comme succédanée de celle-ci, dans le traitement de certaines psychoses, dans le morphinisme, contre le symptôme douleur. Étudiée en Allemagne et en Italie par diverses sommités, les auteurs ont voulu contrôler la valeur de cette nouvelle acquisition thérapeutique. Ils l'ont essayée sur vingt-deux malades, soit comme calmant, soit comme hypnotique, et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° La dose maxima atteinte progressivement fut de 18 centigrammes par jour, en deux fois, par la voie hypodermique. Durée du traitement, trente jours;

2° La dionine dans les formes d'excitation générale ne donne pas d'avantages positifs, sauf une diminution de l'excitation motrice, mais non durable;

3° Les formes dépressives en retirent un large bénéfice; sur six cas, les auteurs ont obtenu une guérison et cinq améliorations;

4° Médicament à dédaigner comme hypnotique; très inférieur aux somnifères en usage, notamment le sulfonal. Une dose portée à 7-10 centigrammes ne donne qu'un sommeil de quelques heures;

5° Il ne présente ni les inconvénients ni le danger de la morphine : pas de nausées, pas de troubles gastro-intestinaux, tolérance facile. Sa suppression brusque est sans conséquence;

6° Il a une influence nocive sur la nutrition; les malades soumis au traitement ont, en général, diminué de poids;

7° La dionine, d'après les expériences des auteurs, est un produit éminemment analgésique.

VIII. — *Sur la pathologie physiologique des tubercules quadrijumeaux; étude expérimentale et clinique*; par le professeur F.-P. Sgobbo (n° 2). — Travail très vaste, très complet, orné de nombreuses figures, mais dont il serait difficile de donner un compte rendu exact dans un espace restreint. L'auteur, après avoir rappelé les opinions et les travaux antérieurs aux siens, détaille minutieusement une quantité d'expériences faites sur le chien, d'où découlent pour lui les conclusions suivantes :

Le tubercule quadrijumeau antérieur ou postérieur a une fonction visuelle, mais secondaire, relative à l'œil opposé, fonction qui préémine dans le tubercule antérieur. Le seul tubercule postérieur exerce une fonction auditive à l'égard de l'oreille opposée et représente, peut-être, un centre associatif entre la fonction auditive et les mouvements du pavillon de l'oreille opposée.

Passant ensuite en revue les différentes observations colligées dans la littérature médicale, l'auteur en déduit que :

1° Pour les tubercules antérieurs, les troubles moteurs des membres, des oculo-moteurs, des pupilles, le trouble de la vision et de la miction (polyurie) n'étaient pas en rapport avec les lésions des tubercules, mais bien des parties périphériques ou basilaires; en somme, la destruction du tubercule antérieur n'engendre aucun symptôme appréciable;

2° Dans les cas d'atteintes aux seuls tubercules postérieurs, les troubles notés, ceux de l'équilibre et de la marche, ceux des muscles oculaires, des pupilles et de la vision, ne dépendaient en rien des lésions de ces éminences, qui, mutilées, ne donnaient jamais lieu à aucun trouble appréciable.

3° Les troubles visuels, auditifs, pupillaires, la paralysie des muscles oculaires et des membres, l'allure ataxique, etc., observés dans certains cas de lésions quadrigémées, étaient dus à la destruction de parties étrangères aux tubercules, qui, par eux-mêmes, étaient incapables de fournir une réaction particulière.

D'où, cette conclusion définitive : la destruction des tubercules quadrijumeaux, chez l'homme, ne révèle aucun symptôme digne d'attention, de sorte qu'il est impossible de diagnostiquer une atteinte portant sur l'une ou sur toutes les éminences.

IX. — *Genèse du caractère et psychopathies, notes*; par le Dr P. del Greco (n° 3). — L'auteur reprend des études antérieures portant sur les modifications du caractère dans les psychoses, en vue de déterminer quelles probabilités peuvent en découler, à l'égard de la genèse d'une formation psychologique aussi complexe que l'est le caractère.

Il étudie donc, successivement, les altérations de celui-ci dans la confusion, la manie, la lypémanie, les folies dégénératives, etc. Les maladies mentales constituent une déchéance de la conscience et du caractère. Le caractère est un complexe très serré, une résultante sociale, fonction de la conscience dans le développement de l'individualité psychologique. Le but de

l'auteur n'est pas « de rechercher les conditions génératrices de cette formation, de cette obligation de l'individualité humaine à vibrer entre des limites définies, de cette action et réaction du milieu physico-psychologique sur l'individu, et *vice versa*, jusqu'à en arriver au changement d'un individu instinctif et imitatif en un être pensant et sociable. Mais il veut démontrer que la personnalité humaine et, par suite, le caractère ne peuvent être considérés seulement sous leur aspect automatique, comme s'ils étaient formés de simples instincts et d'habitudes. Le caractère, loin de là, est actif et réagissant, il se reforme sur les façons d'être antérieures, à travers l'infinie variété des stimulants sociaux, comme, dans la vie physique, l'individualité somatique se refait périodiquement sur la trame du substratum fixe et héréditaire, sur les scories de l'heure précédente, et, à la fin, périt par épuisement d'énergie... »

X. — *Les lésions des cellules nerveuses dans les méningites et les hyperémies cérébrales; recherches histologiques*; par le Dr Angiolella (n° 3). — Six observations, relatives à différentes formes mentales. Les cerveaux ont été durcis dans la solution de formaline à 5 p. 100, et les coupes, colorées soit au bleu de thionine (1 pour 100), soit avec un mélange de bleu de toluidine et d'érythrosine (modification de Boccardi à la méthode de Nissl). Les coupes ont intéressé les 1^{re}, 2^e et 3^e frontales, la frontale ascendante, la pariétale ascendante, la pariétale inférieure, l'occipito-temporale externe et l'occipitale moyenne, à droite et à gauche. La principale lésion rencontrée est la chromatolyse; en deuxième ligne, se voyaient les dégénérescences vacuolaire, granuleuse, xanthoglobulaire. Le noyau participe lui aussi au processus chromatolytique ou présente l'altération de Sarbo, dite homogénéisation. Chaque cas présentait, en outre, des particularités spéciales à son type ou d'importance secondaire.

XI. — *Psychopathologie des idées de négation*; par le Dr Sante de Sanctis (n° 3). — Exposition, historique et discussion serrée des idées et du délire de négation, qu'il ramène par l'explication à sa théorie du *Contraste*. Cette modalité intellectuelle est l'apanage des affaiblis chroniques, de ceux atteints par un épuisement physique aigu (toxique ou non); des individus frappés par une douleur (émotion) aiguë, subaiguë ou chronique, des dégénérés originels. Chez ces derniers, s'observe particulièrement la précocité du délire, son apparition imprévue et aussi sa curabilité. L'origine de cette affection est

dans une tendance négative très nette chez l'enfant, la femme et certains adolescents arriérés. Cette même tendance préexiste au délire et, celui-ci guéri, lui survit. Si, par hypothèse, les conditions générales pathogéniques du délire faisaient défaut, on aurait la négation à l'état de pureté clinique, dans toute son instabilité, son asystématisation, sa discontinuité, comme on la rencontre chez certains hystériques, certains dégénérés et, aussi, des hommes de génie. Le négativisme de Kahlbaum, la folie d'opposition de Guislain constituent la négation automatique sans délire, sans hallucinations, sans douleur : c'est la négation élémentaire universelle; chez le dément, nous voyons la reproduction machinale de l'instinct négateur de l'espèce; chez le dément précoce, qui refuse, résiste et nie en actions, gestes et paroles, jusque dans son attitude même, qui témoigne, pour ainsi dire, de négations psychiques et spinales, se reconnaît la manifestation instinctive la plus complète de la défense personnelle passive.

XII. — *Contribution à la pathogénèse, à la psychologie et à la médecine légale de l'hermaphrodisme*; par le D^r Tomasini (n° 3). — Observation très détaillée, avec photographies explicatives, d'un garçon de vingt ans, affligé d'hypospadias périnéal avec cryptorchidie et vagin rudimentaire bifide; l'histoire de ce jeune homme est à peu près celle de tous ses pareils. Dans une étude psychologique des hermaphrodites, l'auteur les donne comme très analogues aux invertis et perversis sexuels; il les classe entre les débiles et les dégénérés. Quant à la pathogénèse de leur état psychique, il la trouve dans l'insuffisance sécrétoire ou l'absence totale du fonctionnement des glandes génitales (ovaires et testicules). Au point de vue médico-légal, il considère la situation de l'hermaphrodite comme fausse et même dommageable, se plaint que le Code civil italien, copié sur le Code Napoléon, ait négligé la question, et propose que toute déclaration de naissance soit manuscrite, faite par un médecin et dite de sexe incertain dans le cas présent; de plus, la loi devrait défendre le mariage de ces « douteux ».

E. NICOLAU.

BIBLIOGRAPHIE

Démence précoce. Anatomie pathologique et pathogénie; par les D^{rs} Klippel et Lhermitte. Broch. in-8°. Extrait de la *Revue de psychiatrie*, 1904, n° 2.

Quatre observations avec examen histologique ont fourni à MM. Klippel et Lhermitte les éléments d'une description anatomo-pathologique et d'une conception pathogénique nouvelles de la démence précoce.

Anatomiquement, la démence précoce se caractérise, d'après ces auteurs, par des lésions de trois ordres : lésions *préalables*, non constantes et d'origine congénitale, constituées par des anomalies de développement; lésions *immédiates*, développées au moment même et au cours de la période d'état de la maladie; lésions *consécutives*, marquées par un arrêt de croissance portant sur les neurones, mais aussi à des degrés divers sur l'organisme tout entier.

Les lésions préalables et les lésions consécutives sont banales. Les lésions immédiates, — seules pathognomoniques, — présentent au contraire deux particularités importantes : une localisation très spéciale sur les centres d'association, les centres de projection étant presque intégralement respectés; une électivité quasi-exclusive sur les neurones, la névroglie ne paraissant atteinte que rarement et en des points très restreints. Essentiellement, ces lésions consistent en une atrophie du neurone avec abrasion de ses prolongements et évolution granulo-pigmentaire de sa substance protoplasmique. En aucun cas, sur aucun point, les auteurs n'ont rencontré ni diapédèse, ni lésions des parois endothéliales des vaisseaux, des cellules conjonctives ou des méninges.

Deux hypothèses pathogéniques peuvent expliquer cette action élective sur le neurone de l'agent causal, quel qu'il soit, de la démence précoce : ou bien l'on admettra une vulnérabilité toute particulière de la part du neurone, ou bien l'on accordera une affinité histologique spécifique à l'agent morbide.

La première hypothèse, — vulnérabilité individuelle, — serait légitime et vraisemblable si, comme le croient certains auteurs, les déments précoces se recrutaient exclusivement parmi les dégénérés-héréditaires type Morel. Mais, revue faite des documents publiés sur ce point, MM. Klippel et Lhermitte doivent convenir qu'une telle opinion ne saurait à l'heure actuelle répondre à l'ensemble des observations connues : en ce qui les concerne, ils ne peuvent, en tout cas, s'y ranger.

Accepter la seconde hypothèse, — cause spécifique, — serait, pour le moins, prématuré : car, à supposer qu'elle existe, cette cause n'a pu jusqu'à ce jour être décelée et l'on doit, jusqu'à plus ample informé, admettre l'intervention d'agents pathogènes très divers.

Aussi, à l'une ou à l'autre de ces deux hypothèses, MM. Klippel et Lhermitte préfèrent-ils l'hypothèse suivante, qui, somme toute, les concilie : « On peut admettre, disent-ils, que « des agents pathogènes faibles, mais dont les attaques ont été « multipliées, peuvent ne léser profondément que le neurone « en tant que cellule la plus différenciée, la plus complexe et « la plus délicate parmi les tissus divers qui composent l'encéphale. Cette manière d'interpréter englobe d'ailleurs les cas « où l'influence de l'hérédité est incontestable.

« Souvent ce n'est pas assez pour expliquer les altérations « atrophiques du neurone que les causes plus ou moins banales « qui ont pu toucher au sujet dans le cours de son existence, « telles que le surmenage, la période pubérale, une fièvre infectieuse. Il faut, en outre, l'accumulation des maladies subies « par une ou plusieurs générations antérieures. C'est cet « ensemble d'influences nocives dans leur longue succession « qu'il faut invoquer ici.

« Avec cela, ce n'est plus l'hérédité seule, ce n'est plus un « agent pathogène spécifique, c'est le *mode d'action de la* « *cause* qui aboutit à la vulnérabilité et ensuite à l'atrophie « du neurone. »

Quoi qu'il en soit de cette interprétation pathogénique, il reste cette constatation anatomique essentielle et, aux yeux de MM. Klippel et Lhermitte, définitivement établie, que la lésion de la démence précoce est localisée à l'un seulement des tissus qui composent l'encéphale, le tissu neuro-épithélial. Et c'est là une notion nouvelle, d'importance capitale, et grosse de conséquences. Non seulement en effet, elle permet d'asseoir sur une base anatomique solide une entité clinique encore

discutée, mais encore elle laisse entrevoir le moment où il sera enfin possible d'établir une classification rationnelle et logique des psychoses et des états démentiels. Le siège des altérations, leur localisation aux seuls neurones, avec ou sans participation de la névroglie, ou leur généralisation à toutes les différenciations histologiques représentées dans l'encéphale, tels seraient les caractères fondamentaux d'après lesquels pourrait être tracée désormais la ligne de démarcation entre les deux grands groupes de démences.

« Les délires et les démences dits organiques auraient pour caractère anatomique d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et, à côté des lésions du neurone et de la névroglie (tissu neuro-épithélial), d'entraîner celles des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothélium vasculaires, cellules conjonctives).

« Les délires et les démences vésaniques seraient liés aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions. »

Il va sans dire que, dans cette conception, la démence précoce représenterait un mode et réaliserait un type de démence vésanique.

GEORGES VERNET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Du véronal comme hypnotique ; par le professeur X. Francotte. 12 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1904.

— Una famiglia coreica. Nota clinica con brevi considerazioni sulla profilassi individuale ; par le D^r Antonio d'Ormea. 17 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*. Anno XX, num. 12.

— Trois nouvelles théories de l'hystérie. Revue critique ; par le D^r Henri Colin. 12 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Psychiatrie*, 1903.

— L'Année psychologique, publiée par Alfred Binet, avec la collaboration de H. Beaunis, V. Henri et Th. Ribot. Dixième année. 1 vol. in-8° de 680 pages. Paris, Masson et C^{ie}, 1904.

— Etat mental des hystériques; par le D^r Henri Colin. 26 pages in-4°. Extrait du *Traité de pathologie mentale* publié sous la direction du D^r Gilbert Ballet. Paris, 1903.

— Some observations upon blood pressure in the insane; par le D^r William Rush Dunton. 13 pages in-8°. Washington, 1903.

— Superintendent's Report of Iowa state Hospital, Clarinda, to the Board of control of state institutions, for biennial period ending june 30, 1903. Eighth biennial. 34 pages in-8°, s. l. n. d.

— Report of a second case of dementia præcox with autopsy; par le D^r William Rush Dunton. 15 pages in-8° avec planches. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1904.

— Una proposta in riguardo ai penitenziari; par le D^r Luigi Oliva, médecin-aliéniste de l'hospice civil de Mantoue. 9 pages in-8°. Extrait des *Annali di freniatria e scienze affini*, 1904.

— La franklinisation réhabilitée; par le D^r Albéric Roussel. 1 vol. in-18 de 310 pages avec 12 fig. intercalées dans le texte. Paris, O. Doin, 1904.

— The mental condition and career of Jesus of Nazareth examined in the light of modern knowledge; par le D^r Henry Leffmann. 23 pages in-8°. Philadelphie, 1904.

— Irrenanstalten, Idioten-und Epileptikeranstalten mit besonderer Berücksichtigung der Tätigkeit des Arztes in denselben; par le D^r Georg Illberg. 84 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1904.

— Forty-fourth annual report of the medical superintendent of the Matteawan state hospital; Matteawan, N. Y. (P. O. Fishkill-on-the-Hudson), for the year ending september 30, 1903. 62 pages in-8°.

— Eloge du D^r Lunier, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique, du 30 mai 1904; par le D^r Ant. Ritti. 48 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1904.

— Forty-ninth annual report of the board of trustees and officers of the Cleveland state hospital to the governor of Ohio for the fiscal year ending november 15, 1903. 66 pages in-8°. Springfield, Ohio, 1902.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XIII^e session tenue à Bruxelles, du 1^{er} au 8 août 1903. Comptes rendus publiés par le D^r J. Crocq, secrétaire général. 2 vol. in-8°, 404 pages + 590. Paris, Masson et C^{ie}, s. d.

— Des démences vésaniques. Rapport présenté au XIV^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes; par le D^r G. Deny, médecin de la Salpêtrière. 80 pages in-8°. Pau, 1904.

— Report of the statistical committee (appointed at the annual meeting held at Liverpool in 1902) to be presented to the annual meeting of the medico-psychological Association of Great Britain and Ireland, July 21 sb. 1904. 33 pages in-8° avec tableaux. London, Adlard and son, 1904.

— III^e Congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée. Comptes rendus publiés par les D^{rs} E. Régis et G. Buard. Tome I. Rapports, 474 pages in-8°; tome II. Assemblées générales, 336 pages in-8°. Bordeaux, 1904.

— Verbrechen und Geistesstörung im Lichte der altbiblischen Tradition; par le D^r Hermann Kornfeld. 36 pages in-8°. Halle a. S., Carl Marhold, 1904.

— The eightieth annual report of the officers of the retreat for the insane at Hartford, Conn. 29 pages in-8° avec planches. Hartford, 1904.

— Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie; par le D^r Johannes Bresler. 240 pages in-8°. Halle a. S., Carl Marhold, 1904.

— Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Rapport présenté au XIV^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes; par le D^r P. Kéraval. 140 pages in-8°. Pau, 1904.

— Technique de psychologie expérimentale (Examen des sujets); par Toulouse, N. Vaschide et H. Piéron, 1 vol. in-18 (350 pages avec 19 fig. dans le texte) de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1904.

— Souvenirs de Tunisie et d'Algérie; par le D^r G. Saint-Paul. Avec une préface de Th. Ribot. 1 vol. in-8° de 360 pages. Paris. Henri Charles-Lavauzelle, 1904.

— Publication of Cornell University medical College. Studies from the Department of Neurology. Vol. I. New-York city, 1904.

— Ueber die Frage de Heiratens von früher Geisteskranken. Vortrag gehalten auf der Jahresversammlung der deutschen Psychiater in Göttingen am 16 April 1904; par le D^r Heinrich Schüle. 26 pages in-8°. Leipzig, S. Hirzel, 1904.

— La Contagion mentale; par le D^r A. Vigouroux et P. Juquelier. 1 vol. in-18 (300 pages) de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale*. Paris, O. Doin, 1904.

— Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie; par les D^{rs} Mendel et Jacobsohn. Huitième année, 1903. I^{re} partie. 1 vol. in-8° de 597 pages. Berlin, S. Karger, 1904.

— Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Compte rendu de l'Assemblée générale du 30 mai 1904. 7 pages.

in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, juillet 1904.

— Asile d'aliénés de Bordeaux. Rapport médical pour l'année 1903; par les D^{rs} Anglade, médecin en chef, et Jacquin, médecin-adjoint. 64 pages in-8°. Bordeaux. Imprimerie G. Gounouilhou, 1904.

— Annuaire de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, publié par l'Association amicale des internes et anciens internes. 103 pages in-12. Paris, Vigot frères, 1904.

— Asile d'aliénés d'Evreux. Rapport médical et administratif pour l'année 1903; par le D^r Bessière, directeur-médecin. 44 pages in-8°. Evreux, 1904.

— The seventy-seventh of Janes Murray's royal asylum, Perth. 57 pages in-8°. Perth, 1904.

— Remarques sur la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux; par le D^r Henri Tichet. Thèse de Paris, 1904.

— Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la névrose traumatique; par le D^r Xavier Francotte. 20 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, séance du 30 juillet 1904,

— Eight annual report of the Manhattan state hospital at New-York to the state commission in Lunacy for the year ending september 30, 1903. 86 pages in-8° avec planches. Albany. 1904.

— De la chorée de Huntington; par le D^r Georges Renuart, 19 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société mentale de Belgique*, 1904.

— Nietzsche; par le D^r G. J. Möbius. Tome V des Œuvres choisies. 1 vol. in-8° avec portrait, de 194 pages. Leipzig. Johann Ambrosius Barth, 1904.

— La demencia precoz; par le Professeur Bernardo Etchepare, médecin du manicomio national. 24 pages, in-8°. Extrait de la *Revista medica del Uruguay*, juillet 1904.

— Fourth annual report of the Manhattan state Hospital, West, to the State Commission in Lunacy for the year ending september, 1903. 73 pages in-8°. Albany, 1904.

— Un caso di psicosi uremica con sintomi coreiformi. Nota clinica; par le D^r Fernando Maggiotto. 8 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, anno XX, num. 20.

— Sobre dos casos de demencia precoz; par le D^r B. Etchepare. 14 pages in-8°. Extrait de la *Revista medica del Uruguay*, décembre, 1903.

— Twenty-fifth annual report of the superintendent of the Binghamton state hospital at Binghamton. N. Y. to the State

Commission in Lunacy for the year ending september, 30, 1903. 62 pages in-8°. Albany, 1904.

— Othématome; par le D^r Biaute. Leçon recueillie par Alph. Orgebin et Brillouet. 23 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, 1904.

— Die Bedeutung der Cholins in der Epilepsie. Nebst Beiträgen zur Wirkung des Cholins und Neurins sowie zur Chemie der Cerebrospinalflüssigkeit; par le D^r Julius Donath, de Budapest. 43 pages in-8° avec figures. Extrait du *Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1904.

— Le così dette a stimmate isterische et la demenzia precoce. Osservazioni statistiche e cliniche; par le D^r Fernando Maggiotto. 20 pages in-8°, Ferrare, 1904.

— Pupillenprüfung und Pupillenreaktionen; par le D^r Julius Donath. 20 pages in-8°. Extrait du *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie* Bd. XVI.

— Ueber der Körperlichen Aeusserungen psychischer Zuständen. Weitere experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen; par le D^r Hans Berger, d'Iena. 1 vol., in-8° de 184 + Atlas in-4° de 18 planches. Iena, Gustav Fischer, 1904.

— Ricerche sul ricambo materiale nei dementi precoci. Prima nota: La eliminazione del bleu di metilene e del ioduro di potassio per via renale; par les D^{rs} Antonio d'Ormea e Ferdinando Maggiotto. 62 pages in-8°. Ferrare 1904.

— Considerazioni zu la fisiopatologia et su la teoria del tic; par le D^r Piero Diego Siccardi. 32 pages in-8°. Extrait de l'*Annuario del manicomio provinciale di Ancona*, 1904.

— Asile d'aliénés de Dijon. Rapport médical, compte moral et administratif présenté pour l'année 1903; budget de l'exercice 1905; par le D^r Garnier, directeur-médecin en chef. 101 pages in-8°, Dijon, 1904.

— Procédé du médecin-major G. Saint-Paul pour les injections hypodermiques sans seringues (injections hypodermiques de 1 à 500 centimètres cubes); par H. Garcoin. 29 pages, in-8°. Paris, A. Maloine, 1905.

— Sur un appareil propre à évaluer des volumes gazeux, et servant plus spécialement d'uréomètre; par le D^r Dupain. 6 pages, in-8°. Extrait du *Bulletin des sciences pharmacologiques*, juillet 1904.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de septembre 1904 : M. le D^r LÉPINE, déclaré admissible au concours d'adjuvat (juin 1904), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées);

M. le D^r AUBRY, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle); poste créé;

M. le D^r ROY, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, déclaré admissible au concours d'adjuvat (juin 1904), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne;

M. MONTEIL (Edgard), préfet de la Haute-Vienne, est nommé directeur de l'asile de Villejuif, en remplacement de M. Lucipia, décédé;

M. le D^r WAHL, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.);

MM. les D^{rs} POCHON et BRUNET, médecins-adjoints de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 francs);

M. DUGARDIN (Eugène), chevalier de la Légion d'honneur; est nommé directeur de l'asile de Bailleul (Nord);

M. le D^r CHOCREAUX, directeur-médecin en chef de l'asile de La Charité (Nièvre), est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul.

NÉCROLOGIE

D^r DUHAMEL. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Duhamel, interne à l'asile d'aliénés de Montdevergues, décédé le 9 septembre 1904, à l'âge de vingt-sept ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. C'était un confrère distingué par son intelligence, son caractère et son dévouement pour les aliénés.

Interne depuis cinq ans et demi, il préparait le concours de médecin-adjoint après avoir soutenu brillamment à la Faculté de Montpellier sa thèse très documentée et très intéressante

sur : « La situation des aliénés dans le Comtat-Venaissin et dans Vaucluse de 1680 à 1901. »

Les obsèques de notre jeune et regretté confrère ont eu lieu à Avignon. A cette touchante cérémonie assistaient les autorités du département, le personnel de l'asile et un grand concours d'amis. Le D^r Pichenot, médecin en chef de l'établissement, a prononcé sur la tombe de son élève un discours que nous reproduisons.

Discours du D^r Pichenot, au nom de l'asile de Montdevergues.

Au nom du corps médical, au nom du directeur absent, des administrateurs, du personnel et des malades de l'asile de Montdevergues, j'ai le pénible devoir de ne pas laisser se fermer cette tombe si prématurément ouverte, sans apporter au confrère, à l'ami qui nous quitte un dernier témoignage d'estime et de regrets affectueux.

Fils de l'archiviste départemental le D^r Paul-Louis Duhamel était originaire d'Avignon où il est né le 2 octobre 1876. Après avoir fait de solides études au lycée de sa ville natale, il commence ses études médicales à la Faculté de Lyon et va plus tard les continuer à celle de Montpellier à la suite d'une première maladie assez grave.

D'abord interne suppléant pendant quelques mois à l'hospice Sainte-Marthe d'Avignon, il fut ensuite nommé interne provisoire à l'asile de Montdevergues, le 20 octobre 1898, et titulaire, le 28 avril 1899. Dès son entrée en fonctions, les questions relatives à la clinique des maladies mentales et nerveuses fixèrent son attention, il y prit intérêt, et ses débuts eurent sur la direction de ses études et de sa carrière une influence décisive.

Bien élevé, d'une correction parfaite avec tous, il sut bientôt s'attirer la confiance et l'affection de ses chefs, la sympathie de ses collègues, de tout le personnel et celle des malades qu'il était appelé à soigner. D'une intelligence vive, d'une sensibilité affinée, observateur consciencieux, il aimait les aliénés, il les soignait avec patience et douceur, savait leur parler, gagner leur confiance et trouver les paroles qui consolent. Il s'intéressait également à leur bien-être matériel, chose si appréciée de nos infortunés malades, et, tout en se tenant au courant des progrès de la science, il suivait avec intérêt les améliorations successives que nous nous efforçons, mes collègues et moi, d'apporter progressivement dans l'organisation du service. Il me faisait part de ses observations ; j'accueillais, je discutais avec attention ses remarques toujours judicieuses dont quelques-unes, je dois le dire, m'ont parfois inspiré certaines réformes utiles.

Dans sa thèse de doctorat, il a du reste fait ressortir la lar-

geur de ses idées et la façon élevée dont il comprenait le devoir de l'aliéniste. « Est-il encore nécessaire, dit-il, de conclure, « après tant d'autres, que le plus sûr moyen d'éviter dans les « asiles le meurtre, le suicide, l'évasion, est la suppression de « la camisole de force, du cabanon et des murs de baigne ? que « les meilleures sauvegardes contre l'aliéné, à part quelques « exceptions malheureuses, sont encore la patience, la sympathie affectueuse et surtout la confiance raisonnée et basée « sur l'étude approfondie de l'état mental de chaque malade ? « S'il en était encore besoin, l'histoire contemporaine de l'asile « de Montdevergues en constituerait une preuve nouvelle. »

Duhamel était devenu pour nous un collaborateur précieux ; aussi ne pouvais-je que l'encourager à poursuivre la carrière des asiles, et n'ai-je pas hésité à faire prolonger ses fonctions d'interne pour lui permettre de se fortifier dans l'étude des maladies mentales et d'arriver à son but. Je ne saurais du reste mieux résumer tout mon jugement sur le compte de mon interne qu'en rappelant ici textuellement ce passage de mon dernier rapport annuel relatif au personnel médical de l'établissement : « Le D^r Duhamel, dont vous avez bien voulu, monsieur le « Préfet, prolonger les fonctions, se prépare au concours de « médecin-adjoint des asiles d'aliénés. Bienveillant à l'égard « des malades, travailleur consciencieux et très épris de l'étude « des maladies mentales, il possède toutes les qualités nécessaires pour devenir un aliéniste distingué. »

Depuis près de deux ans déjà, Duhamel ressentait les atteintes du mal qui vient de le terrasser. Pressé de terminer ses études pour préparer ensuite le concours de médecin-adjoint, il dut fournir une somme de travail au-dessus de ses forces physiques. Surmené, il luttait contre la fatigue, et lorsque, mes collègues et moi, nous l'engagions avec instance à se reposer, à se soigner, il s'y refusait. Soupçonnant déjà la nature du mal implacable qui le minait sourdement, il ne voulait pas, lui médecin, en avoir l'assurance qu'il aurait lue, disait-il, sur nos physionomies si nous l'avions examiné. C'est dans ces conditions fâcheuses qu'il passait ses derniers examens de doctorat, tout en préparant quelques travaux intéressants sur les maladies mentales et l'histoire de l'asile de Montdevergues.

Le 8 novembre 1903, il subissait brillamment sa thèse sur un sujet des plus intéressants : « De la situation des aliénés dans le Comtat-Venaissin et dans Vaucluse de 1680 à 1901 ».

Ce travail consciencieux, dont je n'ai pas à faire ici l'analyse, est un document précieux pour l'étude de l'histoire des asiles en général et plus particulièrement des progrès accomplis dans cette région au point de vue de l'hospitalisation et du traitement des aliénés.

Des éloges justement mérités et la mention très bien lui furent décernés par ses examinateurs. Je vois encore sa joie et la légitime satisfaction de son père au sortir de la Faculté de médecine. Elles devaient être, hélas ! de bien courte durée.

Duhamel avait trop présumé de ses forces et, peu de temps après son retour de Montpellier, il dut s'aliter pendant quatre mois ; le mal avait fait des progrès.

Au bout de cette longue période de maladie, il était incomplètement rétabli ; mais son désir d'arriver au but et son intérêt pour les malades lui firent reprendre son service malgré les conseils de sa famille et les avis de ses confrères.

Un incident funeste vint peu de temps après compliquer sa maladie et précipiter sa fin. Il ne voulut pas refuser ses soins à l'enfant d'un employé qui les avait sollicités et contracta la rougeole. Les soins les plus éclairés et les plus actifs d'éminents confrères demeurèrent inutiles. Le père, la mère ne consentirent dès lors plus de repos ; ils assistèrent leur fils avec un dévouement de tous les instants jusqu'à sa dernière heure dans la terrible lutte de cette jeunesse si pleine d'espérances contre la mort qui devait anéantir pour eux toutes les joies de la vie. Qu'ils veuillent bien accueillir l'hommage de notre respect, de notre admiration et de notre douleur !

Adieu, infortuné confrère et ami, vous mourez à vingt-sept ans, à l'heure où vous alliez recueillir le bénéfice de votre travail et de vos brillantes qualités intellectuelles. Recevez le salut suprême de tous ceux qui vous ont connu, de tous ceux qui vous ont aimé, de tous vos camarades, de vos chefs de service, de vos collègues, de tout le personnel de l'asile de Montdevergues ; mais avant tout, je vous adresse l'adieu respectueux et reconnaissant des malheureux que vous avez soignés et consolés. Malgré leur délire ou leur démence, ils ressentent vivement la perte qu'ils viennent de faire et se demandent une fois de plus aujourd'hui pourquoi toujours on les sépare de ceux qu'ils aiment.

Puissent ces unanimes regrets arriver comme un dernier témoignage d'affection et de respect jusqu'au cœur de vos parents désolés et adoucir leur inconsolable douleur !

Adieu, Duhamel, au revoir.

A. RAOUL. — On nous mande de Lyon que M. Alphonse Raoul, directeur de l'asile départemental d'aliénés du Rhône, vient de mourir à l'âge de soixante-deux ans. M. Raoul fut successivement sous-préfet de Saint-Girons et de Brive, puis secrétaire général des Côtes-du-Nord, maire de Mazères et conseiller général des Hautes-Pyrénées. Il avait été, en outre, inspecteur de l'Assistance publique à Paris et directeur de l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite)

Tentative de meurtre d'un aliéné sur le Dr Ch. Vallon. — Nous avons la douloureuse tâche d'inscrire une nouvelle victime sur la liste déjà trop longue du martyrologe de la psychiatrie : notre excellent collègue et ami, le Dr Ch. Vallon, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, a été grièvement blessé par un de ses malades, le mardi 4 octobre 1904, au cours de sa visite.

Le meurtrier est un aliéné, nommé G..., âgé de cinquante et un ans, placé à l'asile à la suite d'une ordonnance de non-lieu. Atteint de délire de persécution, il avait tiré plusieurs coups de revolver sur celui qu'il considérait comme son persécuteur. Chargé de l'examiner, le Dr Vallon, l'ayant reconnu irresponsable, avait conclu à sa séquestration prolongée dans un établissement spécial. Placé à l'asile Sainte-Anne, G..., comme tous les persécutés, protesta énergiquement contre son internement et réclama sa sortie avec la plus vive instance. Comme elle lui était refusée — et avec raison — il résolut de se venger sur le chef de service, de le tuer. Depuis plusieurs mois il s'était préparé à cet acte criminel ; il avait soustrait à la cuisine un couteau à lame longue et effilée qu'il avait su soigneusement cacher ; il attendait l'occasion favorable, il la trouva à la visite du matin du mardi 4 octobre. Voici le récit de ce douloureux et dramatique incident fait par le directeur de l'asile :

« Le Dr Vallon, qui remplit les fonctions de médecin en chef de la division des hommes, avait commencé sa visite quotidienne par la salle des aliénés réputés inoffensifs, des « demi-tranquilles ». Ceux-ci étaient rangés en ligne le long du mur, et le docteur passait lentement devant eux, adressant la parole à chacun, s'inquiétant de ces mille petits riens qui, dans l'imagination de ces malades, prennent tant d'importance. Il était accompagné de ses deux internes et de plusieurs gardiens et infirmiers. La visite était terminée et le docteur allait se retirer, quand un malade sortit du rang et frappa le Dr Vallon si brusquement que personne ne put intervenir. Atteint à la nuque, le médecin tomba sur le sol sans proférer un mot. Quant au malade qui venait de le blesser, il regardait, hébété et inconscient, le couteau à la main. »

Le blessé, qui n'avait perdu connaissance que momentanément, fut aussitôt transporté au pavillon de chirurgie où ses collègues, et en particulier, le Dr Picqué, le distingué chirurgien des asiles de la Seine, lui prodiguèrent leurs soins empressés. On comprend aisément leur émotion à la vue de la plaie profonde, faite au cou : le couteau du meurtrier, pénétrant entre deux ver-

tèbres, n'avait-il pas sectionné la moelle épinière? Une hémiplegie droite complète, constatée immédiatement après l'accident, pouvait le faire craindre; mais, heureusement, ces craintes n'étaient pas justifiées. Peu de jours après l'accident, la situation s'améliorait; le blessé put de nouveau remuer la jambe et le bras droits et tout fait espérer que notre excellent collègue pourra, dans un avenir prochain reprendre ses occupations. C'est — il n'en doute pas — notre vœu le plus cher, celui que font avec nous ses nombreux amis, qui lui ont prouvé, en cette douloureuse circonstance, leur vive et sincère affection; tous ont partagé les angoisses de M^{me} Vallon, apprenant l'odieux attentat commis sur son mari, ainsi que sa joie lorsqu'elle fut assurée que son cher époux était hors de danger.

Ces lignes étaient écrites lorsque nous avons reçu de M. le D^r Picqué, à qui nous l'avions demandée par lettre, une relation médico-chirurgicale de ce regrettable événement. Comme elle ne fait que confirmer le récit que nous tenons de la bouche même du D^r Vallon, nous la reproduisons à cause de son intérêt clinique.

Le traumatisme fait avec une lame très sale, allongée et étroite, a pénétré au niveau d'une ligne transversale passant horizontalement au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde et à 2 centimètres de celle-ci. L'aliéné a frappé par derrière, au moment où le D^r Vallon inclinait la tête en avant, et la lame de couteau, faisant une plaie de 1 centimètre 1/2, arrivait jusqu'à la moelle, à peu de distance du bulbe, selon l'appréciation du D^r Gilbert Ballet.

Perte de connaissance d'environ vingt secondes à la suite du choc traumatique; notre ami s'est affaissé un instant. En se relevant, il crut avoir reçu un coup sur la tête et ce n'est qu'à la vue du sang coulant de la plaie qu'il se rendit compte du genre de traumatisme qu'il venait de subir. Mais dès la chute, on put constater une hémiplegie droite complète avec hyperesthésie du même côté et anesthésie du côté opposé (syndrome de Brown-Séquard).

M. Picqué vit le malade vingt-cinq secondes environ après l'accident, et s'empressa de faire des lavages antiseptiques de la région atteinte par le traumatisme et d'y appliquer un pansement approprié. Mais trouvant lourde sa responsabilité, il ne voulut rien tenter d'autre, un débridement de la plaie, par exemple, sans l'avis d'un collègue. M. le professeur Berger, appelé en consultation, partagea les vues de M. Picqué et l'engagea à débrider la plaie superficielle pour la désinfecter et établir un drainage afin d'éviter l'infection profonde et aussi, dans le cas où celle-ci se produirait, afin de faciliter l'issue des liquides au-dehors.

Le lendemain, donc, de l'accident, M. Picqué, à l'aide du chloréthyle en application locale, débrida la plaie ; puis, après l'avoir lavée, y mit un drain en gaze qui fut renouvelé deux fois. La réunion s'est faite sans élévation de température et sans suppuration.

En ce qui concerne les troubles médullaires, le Dr Gilbert Ballet, qui fut un des premiers à accourir auprès du lit de son camarade et ami blessé, émit dès le premier jour, qu'il n'existait pas d'hémisection de la moelle, que la lésion se bornait à une simple éraflure superficielle de faisceau de Gauwers, qu'il y avait dans le cas du Dr Vallon une grande analogie avec un cas qu'il avait observé à l'hôpital Saint-Antoine et où la récupération des mouvements fut complète.

L'évolution des symptômes semble donner raison au pronostic favorable émis par le Dr Ballet. Comme il a été dit plus haut, on vit, dès le lendemain, quelques mouvements dans le pied et peu de jours après dans la main. « Aujourd'hui, 15 octobre, écrit M. Picqué, mouvement spontané du moignon de l'épaule ; la flexion des doigts est possible ; le Dr Vallon peut prendre la main qu'on lui présente. » Une amélioration aussi sensible, dix jours après l'accident, est d'un excellent augure (1). Ce pronostic, des plus favorables, comblera de joie les nombreux amis de notre affectionné collègue. — A. R.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

76. *Parricide*. — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du mercredi 18 mai 1904) :

Un immeuble du boulevard des Batignolles, à Saint-Ouen, a été le théâtre, hier soir, d'une scène tragique.

Un jeune homme de dix-huit ans, Ludovic N..., employé dans une grande administration financière de Paris, donnait, depuis quelques jours, des signes non équivoques de dérangement cérébral. Aussi était-il surveillé de très près par sa famille. Hier soir, vers neuf heures, à l'issue du dîner, Ludovic N... montra plus d'agitation encore que de coutume.

Son père ayant cherché à le calmer, le jeune homme, devenu furieux s'empara d'un revolver et, mettant en joue M. N..., tira à plusieurs reprises.

Les balles atteignirent M. N... à l'épaule, et c'est le plus grand des hasards qu'il n'a pas été plus gravement blessé.

(1) M. le Dr Picqué nous écrit, aujourd'hui 22 octobre, que le Dr Vallon a fait hier ses premiers pas dans sa chambre, et que tout donne à espérer qu'il pourra d'ici peu quitter le Pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne.

Désarmé, le jeune Ludovic N... a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt, en attendant son internement.

77. *Excentricités*. — Une fleuriste, M^{me} Désirée Bonneville, née Jouanne, âgée de quarante-sept ans, demeurant, 18, rue Corbeau (dixième arrondissement), était atteinte de folie depuis plusieurs années.

La pauvre femme, violemment surexcitée, se mettait, hier soir, à dix heures, à tirer des coups de revolver par la fenêtre. Les pompiers ont été obligés pour lui faire quitter la fenêtre de l'inonder à l'aide d'une lance. Comme elle s'était réfugiée dans une chambre du deuxième étage, les gardiens de la paix ont dû en faire le siège.

M. Durand, commissaire de police, a envoyé à minuit M^{me} Bonneville à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Figaro* numéro du vendredi 20 mai 1904.)

78. *Excentricités*. — Un nommé Stéphane Dombowski, âgé de vingt-deux ans, élève à l'Ecole des beaux-arts, était pris hier matin d'un accès de folie furieuse et du haut du toit d'une maison de la rue du Sommerard, où il était parvenu à monter, il criblait de coups de revolver les cheminées voisines et lançait dans la rue des briques et des barres de fer.

Les pompiers ont eu beaucoup de peine à s'emparer du forcené, qui a été envoyé à l'infirmerie de Dépôt. (*Le Figaro*, numéro du dimanche 22 mai 1904.)

79. *Alcoolique infanticide*. — On écrit de Chaumont au *Figaro* (numéro du dimanche 22 mai 1904) :

Il y a dix jours, Lucie Vandagnotto, femme Luciana, âgée de trente-deux ans, quittait son mari qui travaille à Chambéry pour venir à Dommarieu chercher ses deux enfants : Pauline, onze ans, placée chez sa grand'mère, cantinière, et une fille de trois mois, placée chez sa tante, cantinière aussi. M^{me} Luciana est une ivrognesse, et hier elle avait par trop bu. A la réception d'une lettre de son mari, lequel l'invitait à revenir pour le 23, elle se rendit chez son beau-frère prit son enfant, qui était au lit, et alla s'asseoir sur l'accotement de la route, face à la cantine.

Un instant après, entendant des cris, le beau-frère, sortit et vit l'enfant sur le sol. La mère l'avait étranglée et l'avait laissée là. Elle s'était dirigée vers la cantine maternelle, dans le dessein manifeste de mettre à mort Pauline. Mais le beau-frère, qui ne titubait pas, y était arrivé avant elle. Dépitée, elle alla trouver les gendarmes, qui la gardèrent. Elle trouble leur caserne par la furie de son délire alcoolique.

80. *Excentricités*. — Une jeune fille, Mlle Prieur, professeur libre, 50, boulevard Saint-Michel, a été envoyée hier à l'infirmerie du Dépôt. Elle jetait ses meubles par la fenêtre pour se

défendre contre des ennemis imaginaires. (*Le Figaro*, numéro du dimanche 22 mai 1904.)

81. *Excentricités*. — On lit dans *Le Journal* (numéro du lundi 13 juin 1904) :

Des détonations mettaient en émoi, hier, les habitants de la place Voltaire, à Asnières.

C'était un malheureux fou, M. Jules C..., âgé de trente-sept ans, graveur, demeurant boulevard Voltaire, qui, armé d'une carabine, s'amusait à casser les vitres des réverbères : il en était à son septième, lorsque des agents intervinrent et le conduisirent devant M. Coste, commissaire de police, qui l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

82. *Suicide*. — On écrit de Colombes au *Matin* (numéro du mardi 14 juin 1904) :

Un vieillard de soixante-six ans, M. Jules Dussied, rentier, demeurant route du Havre, donnait, depuis longtemps, des signes d'aliénation mentale.

Hier après-midi, au cours d'un accès de folie, le malheureux s'est précipité dans un puits situé au fond de son jardin.

On n'a pu retirer son cadavre qu'au bout d'une heure d'efforts.

83. *Menaces de mort*. — On lit dans *Le Figaro* (numéro du mercredi 15 juin 1904) :

M. Picot, commissaire de police, a envoyé hier à l'infirmerie du Dépôt une femme Annette Bretry, âgée de trente-quatre ans, arrivée hier de Saint-Etienne et qui, sur la place de l'Hôtel-de-Ville, brandissait un revolver en criant qu'elle voulait tuer un conseiller municipal.

84. *Suicide*. — On écrit de Piscop au *Matin* (numéro du jeudi 16 juin 1904) :

Une journalière, M^{me} Eloïse Cochin, veuve Auber, était atteinte, depuis quelque temps, du délire de la persécution. Hier, son fils, inquiet de ne l'avoir pas aperçue de la matinée, pénétra dans sa chambre.

La malheureuse femme gisait inanimée sur son lit ; elle s'était asphyxiée à l'aide d'un réchaud de charbon de bois.

85. *Homicide*. — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro du vendredi 1^{er} juillet 1904) :

Un terrible drame de la folie a eu pour théâtre, hier matin, le passage Dagorno, petite voie étroite qui fait communiquer la rue des Haies et la rue des Pyrénées, dans le XX^e arrondissement.

Au n° 8 est établi, comme marchand de meubles, M. Georges Bernard, âgé de trente-six ans. Précédemment, Bernard avait tenu, dans le même passage, un débit de vin ; mais ses affaires avaient rapidement périclité et il s'était trouvé dans l'obligation

pour ne pas être acculé à la faillite, de céder son fonds à un prix dérisoire.

A partir de ce moment, Georges Bernard s'était adonné à la boisson et, chaque soir, en rentrant chez lui, il rouait de coups sa femme et ses trois enfants, dont l'aîné n'est âgé que de neuf ans.

Sa famille lui ayant avancé de l'argent, il s'établit de nouveau, cette fois comme marchand de meubles, mais le pli était pris et il ne put se déshabituer de boire.

En janvier 1900, il fut atteint d'un terrible accès de folie, brisa tout chez lui, se précipita, un couteau à la main, sur sa malheureuse compagne, qui n'eut que le temps de se réfugier chez une voisine. Sur les conseils des siens, M^{me} Bernard entreprit sans tarder des démarches pour obtenir l'internement de l'aliéné, et celui-ci fut admis à Saint-Anne d'abord, à Bicêtre ensuite...

Il y a six mois, il en sortit et se remit au travail. Il semblait avoir complètement recouvré la raison; mais hélas!... malgré les supplications de son infortunée compagne, il retourna au cabaret, absorba chaque jour de nombreux apéritifs et, de nouveau, les scènes de ménage recommencèrent.

Dimanche après-midi Georges Bernard fit, en compagnie de quelques amis, une « tournée » dans les débits de vin du quartier de Charonne et, le soir, vers 7 heures, il rentra à la maison, abominablement ivre. Sa femme eut la malencontreuse idée de risquer une timide observation. S'emparant alors d'un énorme maillet, le forcené la saisit à la gorge et la renversa sur le parquet en vociférant :

— Tu vas mourir... tu as voulu m'empoisonner, mais je suis toujours là et je vais me venger...

Au moment où il levait le bras, l'un de ses ouvriers fit irruption dans la pièce, le désarma et l'enferma à double tour dans sa chambre à coucher. Comprenant qu'il était désormais très dangereux pour elle de cohabiter avec son mari, M^{me} Bernard alla demander l'hospitalité pour elle et pour ses enfants à sa sœur, domiciliée rue de la Folie-Regnault.

Cet abandon mit le comble à la fureur de Bernard. De nouveau, il brisa son mobilier à coups de hache et menaça ses voisins de les tuer. Effrayés, les habitants du passage Dagorno prévinrent M. Deslandes, commissaire de police, et ce magistrat se disposait à se rendre au domicile du marchand de meubles, lorsqu'il apprit que ce dernier venait de commettre un crime épouvantable.

Dans la matinée, vers 9 heures, Georges Bernard avait tenté, au cours d'une crise, de se suicider en se précipitant dans la cage de l'escalier, de la hauteur du troisième étage.

Relevé sans connaissance, le front fendu, il avait été transporté dans une pharmacie où on lui avait donné des soins ; puis, sur sa demande, on l'avait ramené à son domicile.

Prévenue de ce qui venait de se passer, M^{me} Bernard réintégra le domicile conjugal. En l'apercevant, le déséquilibré, qui était au lit, bondit hors de sa couche et essaya de frapper la malheureuse... mais elle parvint à lui échapper. Bernard lui dit alors :

— Eh bien ! puisque je ne puis te tuer, j'assommerai une autre personne, voilà tout. Peu m'importe qui...

Sur ce, il sortit après s'être emparé d'un lourd marteau. Le misérable alla se poster dans le couloir d'une maison et attendit. Bientôt un vieillard de soixante ans, M. Léopold Kolb, sculpteur sur bois, demeurant 76, rue de la Roquette, parut. Il se rendait justement dans le magasin de Bernard pour livrer du travail. Dès qu'il le vit, le fou s'élança sur lui et lui asséna sur la nuque un formidable coup de marteau. Le vieillard s'abattit la face contre terre. S'agenouillant alors près de lui, son meurtrier lui porta une dizaine de coups qui lui fracassèrent littéralement le crâne.

Quand enfin des témoins de cette effroyable scène arrachèrent des mains de l'alcoolique l'arme rouge de sang et maculée de cervelle, M. Léopold Kolb ne donnait plus signe de vie. Un docteur, mandé en toute hâte, constata cependant qu'il respirait encore et le fit transporter à l'hôpital Tenon où il expira, quelques minutes après son admission, sans avoir repris connaissance.

Remis entre les mains des gardiens de la paix, le dément, qui ne cessait de répéter, en riant aux éclats : « Eh bien ! cette fois, ça y est... j'en ai décollé un », a été dirigé sur l'infirmerie spéciale par les soins de M. Deslandes.

86. *Tentative d'assassinat.* — On télégraphie de Gap au *Temps* (numéro du samedi 6 août 1904) :

Un fou a tenté d'assassiner, hier soir, à 7 h. 1/2, M. Faure, avoué, ancien maire de Gap, en lui tirant d'une fenêtre d'un deuxième étage, rue Carnot, deux coups de fusil à charge de plombs et de chevrotines.

M. Faure a été grièvement blessé aux reins et aux cuisses, il a le bras gauche brisé. Sa vie n'est pas en danger.

L'assassin, un nommé Brunache, cinquante ans, s'est tué aussitôt après.

87. *Victime de la guerre.* — La guerre russo-japonaise, comme toutes les grandes catastrophes humaines, surexcite vivement les esprits faibles et les pousse à la folie. Elle vient de faire une victime à Paris de la façon la plus inattendue. Un savetier de la rue de Crimée, Charles Périnel, se disputait

hier dans son échoppe à propos des événements de Mandchourie avec un de ses camarades nommé Rocher, bimbélotier, âgé de quarante-quatre ans. Périnel, russophile ardent, et très adonné aux boissons alcooliques, s'irritait des objections de son interlocuteur; bientôt il fut pris d'un véritable accès de délire alcoolique.

— Ah ! tu es le Mikado, s'écria-t-il, en saisissant le malheureux Rocher à la gorge, tiens voilà pour t'apprendre à chagriner le tsar !

Et, le terrassant, il lui enfonça deux fois dans la poitrine le tiers-point qu'il tenait à la main. L'infortuné bimbélotier a été transporté à l'hôpital Saint-Louis dans un état des plus graves. Quant au forcené, il a soutenu une lutte désespérée contre les gardiens de la paix appelés pour l'arrêter et qu'il prenait pour une bande de Kongouses. Malgré sa résistance, il a été arrêté sans avoir pu causer de nouveaux malheurs et conduit à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du mardi 9 août 1904.)

88. *Tentative d'homicide et suicide*. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 28 août 1904) :

On nous télégraphie de La Magistère (Lot-et-Garonne), qu'un facteur de cette localité, nommé Sauviac, qui avait été mis en congé temporaire en raison de son état mental défectueux, était en proie aux plaisanteries de ses compatriotes, qui abusaient de sa crédulité.

Un de ses voisins, le sieur Dulluc, lui persuada, ces jours derniers, qu'il allait être définitivement renvoyé.

Cette perspective rendit furieux le malheureux facteur, qui soupçonna même son voisin d'avoir tout fait pour amener sa perte.

Hier, vers 1 heure de l'après-midi, il s'arma d'une hachette et asséna sur la tête de Dulluc deux violents coups de cet instrument. Une oreille et une joue de la victime furent emportées. Le meurtrier, le croyant mort, courut affolé vers la Garonne et ne noya.

Le facteur Sauviac laisse une veuve et deux enfants en bas âge. Il était âgé de quarante-cinq ans. Dulluc, dont l'état est grave, mais non désespéré, est âgé de quarante ans environ.

89. *Une mère qui noie ses trois enfants et se suicide*. — Le paisible village de la Guillermie, à quelques kilomètres de Lapalisse, vient d'être le théâtre d'un affreux drame de la folie. Une mère de famille, M^{me} Chervin, femme d'un ouvrier sabotier, a noyé volontairement ses trois fillettes et s'est ensuite donné la mort dans des circonstances horribles.

D'une nervosité extrême, M^{me} Chervin était sujette à des crises qui se manifestaient surtout lorsqu'elle ne pouvait obtenir ce qu'elle désirait.

Les époux Chervin avaient trois charmantes fillettes. L'aînée, âgée de neuf ans, était devenue muette à la suite d'une maladie, mais tout espoir de guérison n'était pas perdu, car elle suivait un traitement spécial dans une institution de Clermont-Ferrand. L'enfant se trouvait en vacances dans sa famille depuis le commencement d'août. Ses sœurs étaient âgées de trois et deux ans.‡

Hier, M^{me} Chervin demanda à son mari 100 francs pour acheter de la toile à la foire. Que se passa-t-il à ce moment? On l'ignore encore. Il est probable que le sabotier n'ayant pas la somme demandée, dut refuser satisfaction et se remit à sa besogne. Vers 11 h. 1/2, il rentre chez lui pour déjeuner, et trouve la maison vide. Pris de sombres pressentiments, il part, demandant à ses voisins si l'un d'eux n'aurait pas aperçu sa femme et ses fillettes.

Tout à coup, sur la lisière du bois, il jette par hasard un coup d'œil dans une mare. Horreur! trois petits corps lui apparaissent, étendus côte à côte. Ce sont les cadavres de ses enfants! Un peu plus loin gît le corps inerte de leur mère.

Il a été facile de reconstituer le drame.

En arrivant sur les bords de la mare, M^{me} Chervin a voulu précipiter tout d'abord l'aînée des enfants. Celle-ci, ayant subitement conscience de l'intention de sa mère, voulut résister, et cette résistance a dû être énergique, car le tablier et le col de la robe de la pauvre petite étaient complètement déchirés. Son infirmité l'empêcha d'appeler au secours. Elle fut alors précipitée, la tête en avant, et dut perdre immédiatement connaissance. Puis, la mère noya les deux autres enfants; et, son œuvre effroyable accomplie, elle s'enveloppa la tête dans des fichus et se jeta dans la partie la plus profonde de la mare. (*Le Temps*, numéro du lundi 5 septembre 1904.)

90. *Homicide et suicide*. — On télégraphie de Nîmes au *Temps* (numéro du jeudi 15 septembre 1904) :

Hier matin, le nommé Etienne Verrieux, âgé de soixante-cinq ans, propriétaire à Saint-Privat, près Alais, à la suite d'une discussion d'intérêt, a tué la veuve Holagne, âgée de cinquante-cinq ans, sa fermière, en lui tirant à bout portant deux coups de fusil. Le meurtrier, après s'être porté plusieurs coups de couteau à la gorge et au ventre, a déchargé sur lui un revolver; enfin, la mort ne venant pas, il est allé se précipiter dans un puits.

A son domicile, on a trouvé un écrit annonçant son intention de commettre ce crime et de se suicider.

Verrieux paraît avoir agi dans un accès de folie.

91. *Folie à trois*. — On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 15 septembre 1904) :

Un drame qui, étant données les circonstances toutes particulières qui l'ont provoqué, a produit dans le quartier une très vive émotion, s'est déroulé cet après-midi au n° 41 de la rue Berzélius, à quelques pas du commissariat de M. Couston.

A cette adresse, habitait depuis plusieurs années M. Duchesne, fabricant d'étiquettes, avec sa femme et sa fille, âgée de vingt ans environ.

M. Duchesne, bien connu dans le quartier, était considéré comme un monomane inoffensif.

Depuis la publicité faite au sujet de la traite des blanches, M. Duchesne avait l'idée fixe que sa fille devait lui être enlevée par des traitants.

Au contact permanent de ce malade, M^{me} Duchesne et sa fille avaient partagé cette monomanie, et toute la famille était réputée dans le quartier pour être atteinte de troubles cérébraux.

A diverses reprises, le commissaire de police avait été saisi de lettres émanant du chef de famille et dénonçant les agissements contre sa fille de traitants imaginaires.

Le magistrat avait averti la préfecture de police, mais comme il n'y avait aucun scandale, et que le cas relevait plutôt des médecins que de la préfecture, on avait jugé inutile d'intervenir.

Le parquet, informé, en jugea cependant autrement, et cet après-midi, sur mandat de M. Boucard, juge d'instruction, M. Hamard, chef de la Sûreté, venait procéder à l'arrestation de M. Duchesne, dans le but de le faire interner.

M. Duchesne fut appréhendé dans la rue au moment où il achetait son journal.

On l'obligea à rentrer à son domicile, où se trouvaient sa femme et sa fille.

Mais M^{me} Duchesne refusa d'ouvrir la porte du logement, et au moment où les agents parlementaient, un coup de fusil retentit. M^{me} Duchesne venait de se tirer un coup de fusil de chasse dans la gorge.

Au commissariat de police, voisin du lieu où s'était déroulé le drame, le commissaire, suivant les déclarations qu'il nous en a faites lui-même, n'en avait nullement connaissance à 8 heures de l'après-midi.

M. Duchesne a été conduit à l'infirmerie du Dépôt, et sa fille, à 3 h. 1/2, se trouvait dans la loge du concierge, gardée par deux agents de la sûreté.

Entre temps, un médecin, mandé en toute hâte, était venu constater le décès de M^{me} Duchesne, dont le corps est resté dans l'appartement.

92. *Persécuté homicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 23 septembre 1904) :

Le vapeur anglais *Prinzscar*, arrivé hier à Naples, venant de New-York, a été, pendant la traversée, le théâtre d'un drame de la folie.

Le capitaine Dugge, commandant du vapeur, offrit un dîner aux passagers de première classe et aux officiers du bord, pour fêter l'heureux voyage du *Prinzscar*.

Au cours du dîner, un Américain, nommé Romulus Alivar, qui s'était embarqué à New-York et qui, pendant la traversée, avait paru très préoccupé, disant que le commandant le persécutait, s'approcha du capitaine Dugge et tira sur lui un coup de revolver qui l'atteignit à la bouche. Un deuxième coup vint frapper dans le dos un passager américain, M. William Vernis. Bientôt, Alivar était réduit à l'impuissance, pendant que les deux blessés recevaient des soins. La balle qu'a reçu M. Vernis n'a pu être extraite.

A l'arrivée à Naples, Alivar a été remis aux mains des autorités. Il va être enfermé dans une maison d'aliénés.

RÉSUMÉ. — Nous avons recueilli dans les *Annales* de l'année 1904, 92 cas d'aliénés en liberté, publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités; le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies, etc.; enfin les suicides, ainsi que les suicides précédés d'homicides, fournissent un sérieux contingent.

Tentatives d'homicide, agressions violentes,	
menaces de mort	27
Suicides et tentatives de suicide	24
Excentricités	15
Homicides	13
Homicides et suicides	10
Incendies	3
Total	92

Ainsi sur 92 cas relevés, il y a eu 23 homicides, dont 10 ont été suivis du suicide de l'aliéné après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des actes délictueux, ainsi que des trois incendies. Ce qui importe surtout, c'est de compter le nombre de victimes faites par ces 92 cas d'aliénés en liberté. Il y a eu :

Blessés grièvement	59
Morts par suicide	27
Tués	25
Total	111

Ainsi notre statistique — qui ne saurait avoir la prétention

d'être complète — donne 59 personnes blessées grièvement par des aliénés en liberté, et un grand nombre d'entre elles ont succombé ultérieurement à leurs blessures ; 25 ont été tuées ; enfin 27 aliénés se sont suicidés, dont plusieurs après avoir tué soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Comme tous les ans, nous avons à signaler plusieurs cas où les malades ont fait plusieurs victimes ; ainsi il en est quelques-uns qui ont fait deux, trois, quatre victimes et même davantage.

Comme toujours, la plupart de ces crimes et délits ont été commis par des aliénés dont la majorité étaient malades depuis longtemps et que la simple prudence aurait dû faire séquestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient été déjà traités dans les asiles ; quelques-uns venaient d'en sortir ou s'en étaient évadés. — A. R.

DEUX INCENDIES A L'ASILE DE LIMOGES

Dans l'espace de moins de six mois deux incendies d'une certaine gravité ont éclaté à l'asile d'aliénés de Naugeat, près Limoges (Haute-Vienne). Voici le récit de ces deux sinistres, que nous tenons d'une source autorisée ; il n'est pas sans intérêt.

1° Le 13 mars 1904, un violent incendie éclatait vers 6 h. 5 du soir à l'asile de Naugeat dans un hangar servant de magasin pour le charbon, le bois, la paille, le ciment, l'avoine et les pommes de terre, et l'a détruit complètement, ainsi que les matériaux et denrées qu'il renfermait et l'atelier de serrurerie. Prévenus immédiatement, le directeur médecin en chef et l'économe tentèrent d'organiser les secours, aidés par tout le personnel masculin (et même quelques employées) de l'asile, et des malades tranquilles. Les premiers secours furent portés moins de cinq minutes après le début de l'incendie ; mais par suite du mauvais fonctionnement du service téléphonique, les pompiers et la troupe, prévenus tardivement, ne purent arriver qu'environ une heure et demie plus tard. Dans l'intervalle, l'incendie avait envahi tout le hangar, comme c'était à prévoir d'après la nature de son contenu ; mais on fut assez heureux pour le circoncrire à ce bâtiment, en arrosant au moyen de seaux et de la pompe à incendie de l'asile les matériaux inflammables placés à proximité, et on put empêcher la propagation à l'atelier de menuiserie et à la boulangerie et de là, par continuité, à tous les bâtiments de l'asile, sur une longueur d'environ 250 mètres. Quand les pompiers arrivèrent, l'incendie ayant en grande partie détruit le bâtiment, décroissait d'intensité, et bientôt, grâce à leurs efforts, joints à ceux du personnel de l'asile, les matériaux inflammables renfermés dans ce bâtiment restaient

seuls à brûler; mais le feu couva encore pendant quatre ou cinq jours, pendant lesquels on arrosa les décombres.

Les causes de l'incendie sont inconnues; les chefs ouvriers dont les ateliers sont près du bâtiment incendié, n'ont rien vu en quittant leur travail à six heures, pour sortir; des malades, sous la conduite d'un gardien ont probablement rempli des paillasses, ce jour-là, près du magasin de paille où a débuté l'incendie; rien ne fait supposer que l'accident soit dû à la malveillance. Les dégâts, couverts par une assurance, ont été estimés à 14.000 fr. environ pour les bâtiments et 7.000 fr. pour le matériel. Les malades tranquilles ont été employés à combattre l'incendie (service de la pompe, des tonneaux, des seaux), ou à en éloigner les matériaux inflammables placés à proximité; ils s'y sont, d'ailleurs, très bien employés et n'ont pas profité du défaut relatif de surveillance et de l'ouverture de la porte pour s'évader. Quant aux autres, ils étaient déjà dans leur réfectoire quand fut signalé l'incendie, beaucoup l'ignorèrent ou ne l'apprirent que tardivement. Quelques-uns (ceux de l'infirmerie couchés à moins de 100 mètres du bâtiment en feu), furent effrayés parce qu'on les avait fait lever en prévision de l'obligation dans laquelle on eût pu se trouver de les faire passer dans une autre section en cas de propagation de l'incendie aux quartiers de malades. Seuls quelques agités se réjouissaient de l'accident, espérant que si tout l'asile brûlait, ils seraient nécessairement mis en liberté. La plupart étaient plutôt un peu effrayés sans être terrifiés ni sans éprouver un redoublement d'agitation ou de délire.

Les bâtiments incendiés sont actuellement en reconstruction et seront en état de servir avant l'hiver.

2° Le 18 juillet dernier, vers midi 20, un incendie s'est déclaré dans une cellule renfermant de la paille, et faisant partie du quartier d'hommes agités (le malade qui couchait dans cette cellule ne s'y trouvait heureusement pas); les malades étaient en train de manger dans la cour sur laquelle s'ouvre la porte de cette cellule: aussi l'incendie fut-il reconnu aussitôt que déclaré et les premières flammes se produisirent quand, voyant de la fumée sortir de cette cellule, un gardien en ouvrit la porte. Aussi les premiers secours furent-ils portés immédiatement; aidé du surveillant général, de l'interne de service et de quelques personnes de bonne volonté, le directeur-médecin en chef, M. le Dr Maupaté, prévenu tout de suite, put, en quelques minutes, faire passer tous les agités dans une section voisine qui, heureusement, communiquait par une porte, et, avec le matériel de l'asile, grâce au dévouement de toutes les personnes présentes, le feu put être éteint en une heure et demie environ, avant l'arrivée des pompiers. Tout se serait

même réduit à un feu de paille avec dégâts localisés aux parois de la cellule, si la flamme s'infiltrant entre le plafond des pièces voisines et le plancher d'un grand dortoir placé au-dessus, n'avait été brûler du parquet et des poutres jusqu'à une vingtaine de mètres de là, et n'avait risqué de propager l'incendie, indirectement, à tout le reste du bâtiment.

Il y a lieu de rendre hommage à l'activité et au dévouement de tout le personnel (fonctionnaires, employés, ouvriers, gardiens), et même des familles des fonctionnaires ou employés (les dames approvisionnant la pompe, en faisant la chaîne sur une soixantaine de mètres). Les causes de l'incendie n'ont pu être exactement précisées, on suppose qu'un fragment de cigarette, jeté à terre par un malade, a pu être porté par le vent jusqu'à la paille de la cellule (celle-ci mal close et très ancienne devait être prochainement supprimée). Les dégâts, estimés à 750 francs, étaient couverts par une assurance.

L'attitude des malades était la même que lors du premier incendie. Quelques malades ont pu y voir une manifestation céleste, mais ils ne criaient pas comme l'écrivent les journaux : C'est le feu du ciel ! Un malade, qui était couché dans une cellule voisine, et qui réclame souvent la mort, était peut-être plus effrayé qu'un autre, et ne souhaitait nullement être brûlé. Plusieurs agités ne voulaient pas passer dans le quartier voisin sans emporter toutes leurs affaires.

FAITS DIVERS

Un paradoxe. — On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 29 septembre 1904) :

« Les médecins aliénistes de Chicago font entrevoir de jolies perspectives à l'humanité. L'un d'eux, le D^r Podstala, directeur de l'asile de fous de Dunning, vient de publier une statistique d'après laquelle il y a à Chicago une personne atteinte de folie sur 150 ; de plus, 1 personne sur 5 a des tendances à être frappée d'aliénation mentale.

« D'autres aliénistes disent que le nombre des cas de folie augmente dans le monde entier et le D^r Lynch pronostique que, dans 500 ans, la moitié de la population du globe sera folle à lier, et que, 300 ans plus tard, les personnes qui auront conservé toute leur raison seront de véritables merveilles. »

Accroissement du nombre des aliénés en Irlande. — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 30 septembre 1904) :

« Il est assez triste de remarquer que le nombre des aliénés s'accroît en Irlande d'une façon anormale. La proportion de 250 aliénés par 100,000 habitants qui était celle de 1880 s'est élevée progressivement jusqu'à 516 pour 100.000 habitants

en 1903. L'élévation de cette proportion n'est pas due seulement à la diminution du chiffre de la population, elle provient aussi d'une élévation réelle du nombre des aliénés. Les inspecteurs qui ont dressé ces statistiques lamentables ont décidé d'attendre une année encore avant de formuler les causes de cet état de choses. »

Un aliéné criminel millionnaire. — On télégraphie de New-York au *Daily Mail* :

« Alfonso Stefani, qui subit actuellement la peine de la prison à perpétuité, dans l'asile des fous criminels de Dannemora, pour avoir assassiné, il y a quatorze ans, l'attorney Clinton Reynolds, de New-York, vient d'hériter d'une somme de 20,000 livres sterling, que lui a laissée sa mère, et il est actuellement à la tête d'un capital de 50,000 livres sterling (1,250,000 francs).

« Pendant sa réclusion à Dannemora, Stefani a réalisé des gains s'élevant à 30,000 livres, en spéculant sur différentes valeurs. Quoique déséquilibré, il a une merveilleuse intuition en ce qui concerne les fluctuations des valeurs et l'art de gagner de l'argent. Il a des dépôts dans plusieurs banques étrangères, mais comme il est mort civilement, il ne peut pas disposer de ses biens, et les sociétés dont il possède des actions refusent de lui remettre les dividendes. De la sorte, Stefani ne peut pas disposer d'un centime de sa fortune. Son plus grand luxe est d'absorber chaque jour un pot de lait condensé. » (*Le Matin*, numéro du jeudi 22 septembre 1904).

RECTIFICATION

Nous avons reçu de notre excellent collaborateur, M. Giraud, la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer :

Saint-Yon, le 5 octobre 1904.

Mon cher ami,

J'ai reçu de M. Gimbal, médecin-adjoint à Prémontré, la lettre suivante :

« Très honoré et cher confrère,

« Je lis dans votre chronique des *Annales médico-psychologiques*, consacrée au congrès de Pau, le résumé de ma communication se terminant par cette phrase :

« C'est à ces treize malades seulement que devrait s'appliquer le placement dans un asile spécial, et ils seraient mieux

« dans l'asile spécial *que dans les cellules où ils sont actuellement.* »

« J'ai dit et je pense, qu'à l'asile de Prémontré, se trouvent actuellement treize malades qui seraient utilement placés dans un asile spécial ; mais je n'ai pas ajouté que ces treize malades étaient actuellement en cellules. Cette dernière assertion, le maintien en cellules de ces treize malades, est donc absolument inexacte.

« Je serais très heureux si vous vouliez bien, dans le prochain numéro des *Annales*, publier cette rectification qui est nécessaire au bon renom de l'asile dont j'ai l'honneur d'être le médecin-adjoint.

« Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

« Signé : GIMBAL,

« Médecin-adjoint Asile Prémontré.

« Prémontré, 20 septembre 1904. »

M. Gimbal a parlé de cellules, car voici la note succincte que j'ai prise à la séance du Congrès :

« M. Gimbal, aliénés criminels à Prémontré ;

« 1^{er} groupe, 27 bons travailleurs ;

« 2^e groupe, 13 insupportables ;

« Plusieurs évadeurs dangereux.

« C'est à cette catégorie que s'applique la création de l'asile spécial qui présenterait des avantages pour les aliénés qu'on place actuellement dans les cellules actuelles. »

M. Gimbal ne m'a pas donné de résumé de sa communication et, d'après ce que je vois aujourd'hui, j'aurais, dans ma chronique du Congrès, attribué à tort aux treize aliénés qualifiés insupportables, ce que M. Gimbal aurait dit d'une manière générale d'aliénés criminels dangereux. Je suis tout disposé à rectifier une assertion qui serait inexacte.

Croyez, mon cher ami, à mes sentiments affectueux et tout dévoués.

« A. GIRAUD. »

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XX^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

	PAGES
Eloge du D ^r L. Lunier; par le D ^r Ant. Ritti.	5

I. — Chronique.

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XIV ^e session, Pau, août 1904); par le D ^r A. Giraud	177
---	-----

II. — Histoire.

Un neurologiste du grand siècle. François Sylvius Deleboë, disciple de Descartes; par le D ^r L. Wahl	353
---	-----

III. — Psychologie morbide.

Les sauveteurs. Etude psychologique; par Marcel Vignolle . . .	369
--	-----

IV. — Pathologie.

La paralysie générale dans la Suisse romande. Etude statistique comparative sur la rareté de cette affection dans certaines contrées, spécialement dans le canton de Fribourg (<i>suite et fin</i>); par le D ^r Serrigny	48
Considérations générales sur la signification clinique de la démence précoce; par le D ^r Meeus	207
D'une maladie de l'attention: par le D ^r F. Hospital	379

V. — Médecine légale.

Testament d'un simple d'esprit; par le D ^r Chatelain	221
Des maladies du sommeil et des crimes commis dans le somnambulisme; par le D ^r Biaute	399

VI. — Revue critique.

Simulation et dissimulation de la folie; par le D ^r L. Thivet . . .	236
--	-----

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance du 25 avril 1904.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Blin, Wahl, Kéraval, Marie, José-Ingenieros, Peeters, Alexandre Pilcz. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Esposito; élection. — Aperçu médico-légal sur les troubles mentaux post-traumatiques, par MM. A. Marie et Marcel Viollet. Discussion : MM. Marie, Briand, Vigouroux, Vallon. — Un cas de folie à deux avec infériorité relative de l'organe actif, par MM. G. Dromard et J. Levassort. Discussion : M. Vallon. — Etat obsédant né à l'occasion de la cénesthésie, et point de départ d'une déformation particulière de l'épaule. Terminaison par le délire des négations, par M. G. Privat de Fortuné.	79
<i>Séance solennelle du 30 mai 1904.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Esposito, Antonini, Del Greco. — Rapport de la Commission du prix Esquirol, par M. Vigouroux. — Éloge de L. Lunier, par M. Ant. Ritti.	103
<i>Séance du 27 juin 1904.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Blin, Gimbal. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Kéraval; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Antonini; élection. — Psychasthénie d'origine héréditaire. Perversions sexuelles, inadaptation au milieu social, préoccupations hypocondriaques. Crises d'angoisse. Troubles de la nutrition. Troubles de la personnalité. Violences, par M. L. Wahl. Discussion : MM. Vallon, Wahl. — Un cas de paralysie générale traumatique, par M. L. Wahl. Discussion : MM. Joffroy, Pactet, Christian. — Un cas de mérycisme chez une démente précoce, par M. G. Dromard. Discussion : MM. Christian, Dromard, Vallon, Arnaud, Doutrebente, Colin, Toulouse.	257
<i>Séance du 25 juillet 1904.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Régis, Antonini, Afranio Peixoto, Pilcz. — Mort de M. Mordret : M. Brunet. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. José Ingenieros; élection. — Rapport de M. Pactet sur la candidature de M. Gimbal; élection. — Les psychoses hépatiques. Rapport sur un travail de M. Mongeri, de Constantinople : M. Dupain. — Observation de paralytique général à réactions dangereuses, par M. Vigouroux. Discussion : MM. Pactet, Vallon, Toulouse, Vigouroux, Arnaud, Colin, Christian, Gimbal. — Suicide et paralysie générale, par MM. Marie et Viollet.	273

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1903).

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Effets et dangers des boissons avec essences devant la clinique.	429
Discussion sur les liqueurs à essences	430
La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales.	432
Du suicide dans la syphilis.	433

JOURNAUX FRANÇAIS (1901).

(Anal. par le Dr A. CULLERRE.)

	PAGES
Épilepsie et fièvre typhoïde	298
Deux nouveaux cas de folie gémellaire	298
Idiotie microcéphalique; cerveau pseudo-kystique	299
L'épilepsie partielle. Pathogénie et traitement	299
Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire.	300
Un nouveau signe physique spécial à l'intoxication alcoolique. Signe de Quinquand.	300
Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale.	300
Du sens génésique étudié chez les mêmes malades aux trois pé- riodes de la paralysie générale.	301
Considérations statistiques sur le service d'observations gynécolo- giques de l'asile de Ville-Evrard en 1899	301
Cas d'amnésie continue consécutif à une tentative de suicide par l'oxyde de carbone.	301
Hystérie juvénile chez une fillette de douze ans.	301
Délire aigu et urémie.	301
Le mutisme hystérique dans l'histoire.	302
Démence précoce par paralysie générale	302
Projection du rêve dans l'état de veille	302
La pseudo-paralysie générale arthritique	302
Délire systématisé de rêve à rêve.	303
Que doit-on entendre par délire aigu ?	303
Du rôle de l'image motrice dans l'automatisme psychologique	303
Mécanisme de l'action des bromures avec hypochloruration	304
Effets de la bromuration combinée avec l'hypochloruration sur les accès convulsifs et les équivalents psychiques épileptiques.	304
Influence de l'âge sur les troubles et les déformations des pupilles chez les vésaniques.	305
Le syndrome de Briquet. Un cas de paralysie diaphragmatique d'origine hystérique.	305
Un cas de torticollis mental	305
Deux cas de polynévrite chez deux blennorrhagiques.	306
Narcolepsie et obésité.	306
Contribution à l'étude des idées obsédantes.	306
Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou.	307
L'aphasie hystérique	307
Contribution à l'anatomie pathologique de la chorée héréditaire.	307
Agénésie bilatérale des lobes frontaux chez une femme ayant pré- senté un développement intellectuel à peu près normal	307
Auto-représentation de l'organisme chez quelques hystériques	308
La névrologie dans la paralysie générale.	308
A quelle partie de la molécule de cocaïne est due la psychose de cocaïne ?	308
Valeur clinique idéo-musculaire dans les maladies mentales.	309
Troubles psychiques dans un cas de tumeur du lobe frontal	309
Insolation et psychose.	310
Localisation d'une algie émotionnelle dans un testicule anormal.	310
Le centre cortical des fonctions de l'estomac d'après un cas d'abcès du cerveau d'origine traumatique.	310
Audition colorée familiale.	311
Cas d'affection familiale à symptômes cérébro-spinaux, diplégie spasmodique infantile et idiotie chez deux frères, atrophie du cer- velet	311

	PAGES
Idiotie myxoédémateuse; traitement thyroïdien	312
Cas de polynévrite généralisée avec diplégie faciale d'origine vrai- semblablement blennorrhagique	312
Etat mental des tiqueurs	313
Troubles psychiques dans le paludisme	313
Quatre cas de torticolis mental	434
Statistiques relatives à la production et à la consommation des boissons alcooliques en France	434
Chorée arythmique hystérique de l'enfance	435
Contribution à l'étude anatomo-clinique des aphasies. Vingt-huit observations inédites suivies d'autopsie	436
Alcoolisme et aliénation mentale	437
Rapport médico-légal sur un cas d'exhibitionnisme épileptique	437
Alcoolisme et criminalité	437
Action du sulfure de carbone sur le cerveau des ouvriers en caout- chouc	438
Criminalité juvénile; étiologie du meurtre	438

JOURNAUX AMÉRICAINS (1900)

(Anal. par le Dr V. PARANT.)

Rapports de la neurasthénie et de la folie : base et traitement communs	314
Diagnostic différentiel des paralysies générales vraies ou fausses	315
Système des colonies pour aliénés	315
Anatomie pathologique générale des maladies mentales	316
Numération des corpuscules blancs du sang dans quelques cas de paralyse générale	316
Ce que les aliénés peuvent faire sous une bonne direction	316
Aliénation mentale transitoire consécutive à de vives douleurs	317
Epilepsie, rachitisme et tempérament lymphatique	317
Epilepsie avec amnésie rétrograde	318
Stigmates de dégénérescence	318
Revision de la loi sur les aliénés en Virginie	318
Conduite à tenir à l'égard des aliénés au point de vue médico-légal	319
Traitement des cas récents de folie	319
Programme des études de psychopathologie dans les asiles de l'Etat de Michigan	319
Construction des asiles d'aliénés depuis un siècle	320
Mort déterminée par une cause rare dans un cas de démence para- lytique	320
Séparation des tuberculeux dans les asiles d'aliénés	320
Folie légale et folie médicale. Réflexions sur un procès terminé par la condamnation de l'inculpé notoirement aliéné	321
Trois cas de paralysie générale chez des jeunes femmes	321
Les dégénérés dans l'armée	322
Coup d'œil sur la statistique et l'histoire des aliénés en Virginie	323
Considérations sur l'étiologie de la dégénérescence	323
Démence précoce	323
Sur la responsabilité mentale	324
La question de l'alcool	324
Les aliénés dans les hôpitaux généraux	325

JOURNAUX ANGLAIS (1901).(Anal. par le D^r PONS.)

	PAGES.
Frédéric Nietzsche. Etude de pathologie mentale	439
Observations sur la condition du sang chez les aliénés, basées sur cent examens	443
Décroissance de la paralysie générale des aliénés dans l'Angleterre et le pays de Galles	445
Législation pour les buveurs en Angleterre, avec référence spéciale à la loi de 1898	447
Désordres mentaux dépendant de la toxémie	449
Epilepsie et crime	451
Hallucinations unilatérales, leur fréquence relative, leurs associations, leur pathologie.	454
Etat présent de la science mentale.	457
La folie post-influenzale dans l'asile de Cumberland et de Westmoreland, avec une statistique de 68 cas	457
Cas de meurtre résultant d'une pure impulsion homicide.	460
Folie gémellaire; jumelles souffrant d'une mélancolie aiguë.	462
Paralysie générale et syphilis. Etude critique.	463
Localisation cérébrale de la mélancolie.	467
Les Juifs aliénés.	468
Un cas d'homicide épileptique.	470
Notes sur deux cas de folie consécutive à la chorée.	473
Cas de double anévrisme saciforme intra-cranien	474
L'assistance des aliénés en Irlande depuis son début jusqu'à l'heure actuelle.	474
Phthisie et aliénation mentale. Etude basée principalement sur les cahiers statistiques de mortalité comparée en Irlande	478
Récente législation des aliénés; recul ou progrès?	481
L'extrait de capsule surrénale dans le traitement de la folie.	482
Insensibilité physique et morale chez les criminels	484

JOURNAUX ALLEMANDS (1900).(Anal. par le D^r ADAM.)

Un cas curieux d'aphasie amnésique transitoire.	112
La myotonie est une affection due à des troubles de la nutrition.	113
Du phénomène de Westphal-Piltz, dit phénomène réflexe paradoxal de la pupille	130 et 113
Symptômes objectifs de l'hyperesthésie et de l'anesthésie locale dans les névroses traumatiques et dans l'hystérie	114 et 120
Réflexe scapulo-huméral.	115, 123 et 135
Etat crépusculaire avec amnésie après une légère commotion cérébrale.	116
Traitement de l'épilepsie.	117, 127 et 130
De la maladie de Basedow.	118
Contribution à l'étude de la psychose de Korsakow	119
Un cas d'écholalie. Contribution à l'étude des atrophies localisées.	121
Inversion expérimentale de l'inégalité pupillaire dans la paralysie générale.	123
Observations psychologiques dans un cas d'intoxication par le gaz.	125
Le phénomène visuel de l'arc-en-ciel.	126 et 137

	PAGES
Troubles et développement du langage.	127
Du rôle de l'hérédité dans la paralysie générale progressive.	129
Nature clinique de l'affection désignée sous le nom d'érythrophobie.	132
La transmission des sons à travers les os du crâne dans les maladies du cerveau et de ses enveloppes.	134
Vomissements par obsession.	136
Troubles psychiques survenant périodiquement.	138
De la réaction pupillaire dans l'état d'ébriété, sa signification médico-légale.	138

JOURNAUX ITALIENS (1900).

(Anal. par le Dr NICOULAU.)

Altérations de la cellule nerveuse dans les états d'excitation et de dépression.	486
Syndrome hallucinatoire confusionnel chez les dégénérés.	487
Question du génie. Etude critique.	487
Méthodes de Flechsig et de Bechterew comparées avec le bromure de potassium, dans l'épilepsie.	488
Hystérie masculine.	489
Folie maniaco-dépressive de Kraepelin.	489
La dionine dans la cure des maladies mentales.	491
Etude expérimentale et clinique sur la pathologie physiologique des tubercules quadrijumeaux.	491
Genèse du caractère et psychopathies.	492
Recherches histologiques sur les lésions des cellules nerveuses dans les méningites et les hyperémies cérébrales.	493
Psychopathologie des idées de négation.	493
Contribution à la pathogenèse, à la psychologie et à la <u>médecine</u> légale de l'hermaphrodisme.	494

III. — Bibliographie.

Revue des thèses de Lyon de l'année 1903; par le Dr Th. Taty.	140
L'assistance des aliénés à l'asile et dans la famille; par le Dr Pieraccini (Anal. par le Dr Nicoulau).	145
Tabes et psychose; par le Dr Cassirer (Anal. par le Dr Soutzo fils, de Bucarest).	147
La mimique humaine dans la sphère de la psychologie volitive; par Henri Hughes (Anal. par le Dr Nicoulau).	326
Les symptômes catatoniques, leur mécanisme et leur valeur clinique; par le Dr Soutzo fils (Anal. par le Dr Soutzo fils).	327
Les hommes-femmes. Contribution à l'étude de l'homo-sexualité; par le Dr Selvatico-Estense (Anal. par le Dr Wahl).	328
Démence précoce. Anatomie pathologique et pathogénie; par les Drs Klippel et Lhermitte (Anal. par le Dr G. Vernet).	495
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	150, 329 et 497
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Assemblée générale du 20 mai 1904.	153

IV. — Variétés.

	PAGES
Nécrologie : Dr Mordret, Louis Lucipia. — Concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. (1905 et 1906)	160
Nominations et promotions : MM. Juquellier, Boiteux, Gex, Raviart, Dide, Truelle, Bécue, Masselon, Coulon, Ameline, Lagriffe, Trénel, Lwoff. — Concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — La folie de Nietzsche. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1905 et 1906)	331
Nominations et promotions : MM. Lépine, Aubry, Roy, Monteil, Wahl, Pochon, Brunet, Dugardin, Chocreaux. — Nécrologie : Dr Duhamel, M. Raoul. — Martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Deux incendies à l'asile de Limoges. — Faits divers. — Rectification.	502
Table des matières du tome XX de la 8 ^e série.	522

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.